

**Escalas, territorio y contrucciones relacionales implícitas, en los debates y el diseño efectivo de las políticas públicas de la posguerra y actuales, en el centro y en la periferia: el caso de las políticas de salud**

*Scales, territory and relational constructions, implicit in the debates and the effective design of post-war and current public policies, in the center and on the periphery: the case of health policies*

*Escalas, construções territoriais e relacionais, implícitas nos debates e no desenho efetivo das políticas públicas pós-guerra e atuais, no centro e na periferia: o caso das políticas de saúde*

Arnaldo Medina<sup>1</sup>  
Patricio Narodowski<sup>2</sup>

## Resumen

Medina, A. Narodowski, P. Escalas, territorio y contrucciones relacionales, implícitas en los debates y el diseño efectivo de las políticas públicas de la posguerra y actuales, en el centro y en la periferia . El caso de las políticas de salud. *Revista Ciência & Trópico*, v. 43, edición especial, p. 49-81, 2019. DOI: [https://doi.org/10.33148/CeTrópico\\_v.43n.esp\(2119\)p.36-71](https://doi.org/10.33148/CeTrópico_v.43n.esp(2119)p.36-71)

*El objetivo del trabajo es indagar acerca de los cambios ocurridos en las políticas públicas de salud desde la posguerra y a partir de los años 70s en lo que se refiere a la escala central de las mismas y a los enfoques sociales y territoriales en pugna, en los diagnósticos y en las propuestas de construcción social implícitas en ellas. Para el abordaje teórico se discuten diversos puntos de vista y definen con un enfoque propio los conceptos de territorio, espacio, espacio construido, escala, escala global, nacional y local. Luego se realiza un análisis de los cambios socio-económicos y productivos en los dos períodos mencionados siempre diferenciando lo ocurrido en el centro y en la periferia. A partir del marco teórico y del contexto expuesto, se trabaja en el objetivo planteado para la investigación, entender qué escala y qué enfoque acerca de relaciones sociales y territorio dominaron los debates sobre el rol del Estado y el diseño de políticas en las teorías dominantes hasta los años 70s en la economía: la teoría neoclásica, el keynesianismo, el estructuralismo latinoamericano, la teoría de la dependencia y en la geografía, el positivismo, la geografía crítica, y el sistema mundo de Wallerstein. Se muestra además como las teorías económicas influyeron en las políticas públicas, tanto en su organización macro como micro, en este sentido se presta especial atención a la conformación de los*

1 Ex director del Hospital El Cruce de Florencio Varela. Director y docente del Instituto de Salud. Actual vicerrector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). E-mail: medina.arnaldo@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7851-1316>

2 Docente del departamento de Economía y de Geografía y director de la Maestría en Políticas de Desarrollo de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación de la UNLP. Docente de UNAJ. E-mail: p.narodowski@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4310-278X>.

*diversos sistemas de salud nacionales y para dar ejemplos, se toman los casos de RU, EEUU, Argentina y Chile. Se realiza la misma operación para los nuevos enfoques económicos y geográficos a partir de la crisis de los 70 en los que observa un cambio de escala y en las formas de construcción social promovidas por las políticas. Se trata del neoinstitucionalismo, el regulacionismo, el evolucionismo. Fuera de la economía, alejándonos del supuesto del individuo racional se menciona a Renato Ortiz y Scott Lash. Posteriormente se observa la transformación del Estado en la etapa de las reformas en algunos puntos específicos: la descentralización y la constitución de cuasi mercados como forma de cambiar la escala y promover la competencia, las nuevas formas de trabajo propuestas en el estado a partir de la mayor participación social en la escala local, con toda la heterogeneidad existente. También se analiza la influencia que el evolucionismo y el enfoque del sistema local ha tenido en el diseño de políticas en las que hay procesos de aprendizaje. Por último se indaga específicamente en las reformas en el sistema de salud, en general y en los países seleccionados, primero adecuando el debate general al que se desarrolla en este sector (en los países de América latina siempre en medio de una pugna entre el sanitarismo de base estructuralista y el neoinstitucionalismo), luego prestando especial atención, a los procesos ya mencionados de descentralización y cuasi mercado y los más específicos de estímulo a la atención primaria, las redes y la salud comunitaria, la atención centrada en el paciente, la construcción de equipos no jerárquicos, todos modelos donde está en juego el cambio de escala y de la perspectiva de construcción social y de territorio.*

**Palabras clave:** Territorio. Escalas. Políticas públicas. Política de salud.

## Abstract

Medina, A. Narodowski, P. Scales, territory and relational constructions, implicit in the debates and the effective design of post-war and current public policies, in the center and on the periphery: the case of health policies. *Revista Ciência & Trópico*, v. 43, special edition, p. 49-81, 2019. DOI: [https://doi.org/10.33148/CeTrópico\\_v.43n.esp\(2119\)p.36-71](https://doi.org/10.33148/CeTrópico_v.43n.esp(2119)p.36-71)

*The objective of this paper is to investigate the changes that have occurred in public health policies since the postwar period and since the 70s in terms of the central scale of health policies and the social and territorial approaches in conflict, in the diagnoses and in the social construction proposals implicit in them. For the theoretical approach different points of view are discussed and define with a proper approach the concepts of territory, space, built space, scale, global, national and local scale. Then an analysis of the socio-economic and productive changes in the two mentioned periods is made, always differentiating what happened in the center and in the periphery. From the theoretical framework and the exposed context, we work on the objective set for the research, understand what scale and what approach to social relations and territory dominated the debates about the role of the State and the design of policies in the dominant theories up to the 70s in the economy: neoclassical theory, Keynesianism, Latin American structuralism, dependency theory and geography, positivism, critical geography, and Wallerstein's world system.*

*It also shows how economic theories influenced public policies, both in their macro and micro organization, in this sense special attention is given to the conformation of the various national health systems and to give examples, the cases of Uruguay, United States, Argentina and Chile. The same operation is carried out for the new economic and geographical approaches since the crisis of the 70s in which it observes a change of scale and in the forms of social construction promoted by the policies. It's about neo-institutionalism, regulationism, evolutionism. Outside of the economy, Renato Ortiz and Scott Lash are mentioned away from the assumption of the rational individual. Subsequently, the transformation of the State in the stage of the reforms is observed in some specific points: the decentralization and the establishment of almost-markets as a way to change the scale and promote competition, the new forms of work proposed in the state from the greater social participation at the local scale, with all the existing heterogeneity. After that, we investigate the influence of the evolutionism and the approach of the local system has had on the design of policies in which there are learning processes is also analyzed. Finally, it is specifically investigated in the reforms in the health system, in general and in the selected countries, first adapting the general debate to the one that develops in this sector (in the Latin American countries always in the middle of a struggle between sanitarianism structuralist basis and neo-institutionalism), then paying special attention to the aforementioned processes of decentralization and quasi-market and the more specific ones to stimulate primary care, networks and community health, patient-centered care, construction of non-hierarchical teams, all models where the change of scale and the perspective of social construction and territory are at stake.*

**Keywords:** Territory. Scales. Public policy. Health care policies.

## Resumo

Medina, A. Narodowski, P. Escalas, construções territoriais e relacionais, implícitas nos debates e no desenho efetivo das políticas públicas pós-guerra e atuais, no centro e na periferia: o caso das políticas de saúde. *Revista Ciência & Trópico*, v. 43, edição especial, p. 49-81, 2019. DOI: [https://doi.org/10.33148/CeTrópico\\_v.43n.esp\(2119\)p.36-71](https://doi.org/10.33148/CeTrópico_v.43n.esp(2119)p.36-71)

O objetivo do trabalho é indagar sobre as mudanças ocorridas nas políticas públicas de saúde desde o pós-guerra e a partir dos anos 1970, no que se refere à escala central das políticas, aos enfoques sociais e territoriais, aos diagnósticos e às propostas de construção social nelas implícitas. Do ponto de vista da abordagem teórica, discutem-se diversos pontos de vista e define-se um enfoque próprio dos conceitos de território, espaço, espaço construído, escala, escala global, nacional e local. Em seguida, realiza-se uma análise das mudanças socioeconômicas e produtivas nos períodos mencionados, sempre diferenciado o que ocorreu no centro e na periferia. A partir do marco teórico e do contexto apresentado, trabalha-se no objetivo proposto pela investigação, qual seja, entender qual escala e qual enfoque acerca das relações sociais e do território dominaram os debates sobre o papel do Estado e o desenho das políticas nas teorias dominantes nos anos 1970, na economia: a teoria neoclássica, o keynesianismo, o estruturalismo latino-americano, a teoria da dependência;

e na geografia: o positivismo, a geografia crítica e o sistema mundo de Wallerstein. O artigo mostra ainda como as teorias econômicas influenciaram as políticas públicas, tanto em sua estruturação macro, como micro. Nesse sentido, se presta especial atenção à conformação dos diversos sistemas de saúde nacionais, tomando-se os casos da República do Uruguai, dos Estados Unidos da América, da Argentina e do Chile. Realiza-se a mesma operação para os novos enfoques econômicos e geográficos a partir da crise dos anos 1970, nos quais se observa uma mudança de escala e nas formas de construção social promovidas pelas políticas. Trata-se do neoinstitucionalismo, do regulacionismo e do evolucionismo. Fora da economia, distancian-do-nos do suporte indivíduo racional, dialoga-se com Renato Ortiz e Scott Lash. Posteriormente, observa-se a transformação do Estado na etapa das reformas em alguns pontos específicos: a descentralização e a constituição de quase mercados como forma de mudar a escala e promover competição, as novas formas de trabalho propostas no Estado a partir da ampliação da participação social na escala local, com toda a heterogeneidade existente. Também se analisa a influência que o evolucionismo e o enfoque do sistema local tiveram no desenho de políticas nas quais há processos de aprendizagem. Por último, indaga-se, especificamente, sobre as reformas no sistema de saúde, em geral e nos países selecionados. Primeiro, adequando o debate geral que se desenvolve neste setor (nos países da América Latina sempre por meio de uma luta entre o sanitarismo de base estruturalista e o neoinstitucionalismo), em seguida, prestando especial atenção aos processos já mencionados de descentralização, de quase mercado e os mais específicos de estímulo à atenção primária, redes e saúde comunitária, a atenção centrada no paciente, a construção de equipes não hierárquicas, todos modelos onde está em jogo a mudança de escala e de perspectiva de construção social e de território.

**Palavras-chave:** Território. Escalas. Políticas públicas. Políticas de saúde.

Data de submissão: 12/07/2019

Data de aceite: 24/07/2019

## 1. Introducción

El objetivo del trabajo es indagar acerca de los cambios ocurridos en las políticas públicas de salud desde la posguerra y a partir de los años 70s en lo que se refiere a la escala central de las mismas, a los enfoques sociales y territoriales en pugna, presentes en los diagnósticos y en las propuestas de reforma.

Se parte de una definición de territorio, espacio, espacio contruido, escala, escala global, nacional y local a partir de Renato Ortiz, coincidente con otros geógrafos como Harvey y Massey. Este abordaje nos sirve para analizar los cambios socio-tecno-productivos ocurridos en las etapas mediadas por los dos periodos mencionados, tanto en el centro como en la periferia.

A partir del marco teórico y del contexto expuesto, se trabaja en el objetivo planteado para la investigación, entender qué escala y qué enfoque acerca de las

relaciones sociales y el territorio dominaron los debates sobre el rol del Estado y el diseño de políticas hasta los años 70s en la economía y en la geografía. Se muestra además para esta etapa, ciertas similitudes existentes en la conformación de los diversos sistemas de salud nacionales y para dar ejemplos, de diversos casos particulares investigados.

Se realiza la misma tarea para los nuevos enfoques económicos y geográficos a partir de la crisis de los 70 en los que observa un cambio de escala y surgen otras perspectivas. Además del neoinstitucionalismo, el regulacionismo, el evolucionismo, fuera de la economía, alejándonos del supuesto del individuo racional se menciona a Renato Ortiz, Scott Lash y a los autores del poscolonialismo y la economía popular.

Posteriormente se observa la transformación del Estado en la etapa de las reformas en algunos puntos específicos: la descentralización y la constitución de cuasi mercados como forma de cambiar la escala y promover la competencia, así como las nuevas formas de trabajo propuestas dentro del Estado. También se analiza la influencia que el evolucionismo y el enfoque del sistema local han tenido en el diseño de políticas en las que hay procesos de aprendizaje.

Por último se indaga específicamente en las reformas en el sistema de salud, en general y en los países seleccionados, en los países de América latina en medio de una pugna entre el sanitarismo de base estructuralista y el neoinstitucionalismo, especialmente en los procesos ya mencionados de descentralización y cuasi mercado y los más específicos de estímulo a la atención primaria, las redes, la atención centrada en el paciente, la contrucción de equipos no jerárquicos, todos modelos donde está en juego el cambio de escala y de la perspectiva de construcción social y de territorio.

En lo que hace a la metodología, para relevar los debates, se han revisado documentos teóricos y de organismos internacionales y sectoriales, Para las reformas concretas sucedidas en los países, se toma como antecedente al informe de investigación “Estudio comparado de diez sistemas de salud nacionales. Los diversos modelos de regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión y control”. En él se ha relevado la evolución de los sistemas de salud de un conjunto de países estratégicos para el estudio de las políticas sanitarias por las diversos perfiles que representan: Reino Unido, Francia, España, Italia, Canadá, EEUU, Brasil, Chile, México y Colombia<sup>3</sup>.

## **2. Definiciones teóricas y contextos**

Para el abordaje teórico nos hemos basado en Ortiz (1996). Según este autor, en cambio de la idea tradicional de territorio, asociada a los límites materiales, el concepto de espacio puede ser definido como un conjunto de planos

<sup>3</sup> Se trata de Narodowski (2018). El link correspondiente es: <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/03/informe-paises-seleccionados.pdf>. El informe fue realizado en el marco del Proyecto de Desarrollo Tecnológico-Social (PDTs), aprobado por CIN-CONICET, coordinado por la UNAJ y en el cual participan UNQ, UNLP, UNLaM y otras instituciones y fue sometido a un referato. En el mencionado documento pueden encontrarse las citas correspondientes a cada afirmación, se puede ver que se trata de una investigación muy vasta que nos llevó 3 años de trabajo. Las citas no han sido trasladadas al artículo por un problema de espacio, pero pueden consultarse on line en el link correspondiente.

atravesados por procesos sociales diferenciados. La palabra territorio puede ser revitalizada como espacio construido y así se resuelve la tradicional dicotomía entre lo físico y lo humano. Lo propio hacen Harvey y Massey en diversos textos, en su mayor parte tributarios de Henri Lefebvre. Cuando se habla de procesos sociales, se puede coincidir con Harvey (1996), en que se refiere tanto a procesos productivos tanto de la acumulación del capital como de los márgenes, y también a las valorizaciones simbólicas y las instituciones que permiten organizar la vida, hegemónicas y de resistencia.

En concreto, desde mediados del siglo XIX la construcción de las relaciones sociales mencionadas se producen alrededor de la instauración del capitalismo. El requerimiento de éste de mercados amplios y de una institucionalidad nueva que lo garantice, explica la conformación de una unidad material, “la nación”, en desmedro de la infinidad de estructuras políticas y de comunidades típicas del feudalismo y de la transición posterior. Y a “nación” supuso la invención de una conciencia colectiva compartida por los ciudadanos, integrada a un poder central que re-definió los espacios particulares, aunque de un modo conflictivo (Ortiz, 1996).

Así surge la necesidad de diferenciar teóricamente las escalas, entendidas como agregación de territorios (por ende de espacios contruidos), la comunitaria de la que se venía, lo cotidiano, donde se desenvuelve la vida de un conjunto de personas y se manifiestan las historias particulares, es decir lo local; la vida en la ciudad que aumentaba, la escala nacional que se constituía como clave.

Y específicamente desde la posguerra, este proceso se consolida en el marco de un régimen particular, que llamaremos moderno-fordista. El fordismo se asocia a la organización industrial en los países desarrollados basada en la elevada mecanización y estandarización de los procesos de trabajo junto con una novedad, respecto al taylorismo anterior: la sociedad de consumo de masas sostenida por las políticas keynesianas en la escala nacional, el gasto social y el reconocimiento de los derechos sociales. Por eso, el régimen sólo fue posible mediante un modo de regulación social particular en la misma escala, el Estado Benefactor, instrumento central de esas políticas, constituido a partir de una alianza de clases afin entre capital y trabajo y esa identidad nacional ya mencionada. Se puso en práctica una política monetaria y fiscal activa en contextos proteccionistas, una fuerte socialización de la inversión a través de la creación de las empresas públicas y la amplia intervención del Estado para asegurar la universalidad, especialmente en servicios básicos, educación, seguridad social y salud, junto al aumento de la regulación laboral y social. Así se generó una rápida expansión industrial que explican las altas tasas de crecimiento, especialmente en los PD.

El incremento del rol del Estado se dio también en los países subdesarrollados (PSD), pero de más está decir, que éstos no pudieron realizar definitivamente el desarrollo y por eso tuvieron resultados menos inclusivos. La presencia de una división internacional del trabajo funcional a los países centrales hizo muy difícil a la periferia del mundo resolver los problemas estructurales, lograr el desarrollo y un nivel de vida acorde. Aunque en este tipo de países también hay diferencias.

### **3. Escalas, relaciones sociales, perspectivas del territorio en los debates en el estado nación**

La construcción, y la representación, descripta dominó durante mucho tiempo en los campos de la economía, la sociología de la modernización, las ciencias políticas basadas en el Estado Nación, las relaciones internacionales, etc.

Si se analiza en economía, la rama de la escuela clásica<sup>4</sup> surge claramente como central la preocupación por el funcionamiento del sistema, es decir, la escala nacional; además, en lo que hace al comportamiento social, es central la idea del individuo racional. El rol del Estado se desprende de los principios del liberalismo y el rol de la competencia. Los neoclásicos a finales del siglo XIX sostienen esta perspectiva pero –con la excepción de Walras– lo hacen con herramientas que luego de irían a denominar: “microeconomía”. Al mismo tiempo se operacionaliza la dicotomía entre Estado y mercado del liberalismo. Surge el concepto de óptimo. La teoría del empresario de Marshall incorpora la necesidad de establecer las reglas de la competencia y será un antecedente del neoinstitucionalismo que surge con Coase en los años 60s<sup>5</sup>. El análisis de Marshall sobre la “nación económica” como un conjunto de aglomeraciones que pueden resultar racionalmente colaborativas, es considerado a su vez un antecedente del enfoque de sistemas locales afín al evolucionismo.

En paralelo, durante el siglo XIX, la actual Alemania ya estaba desarrollando el primer experimento basado en el aumento de la intervención estatal en la economía, pero la academia se mantenía dentro de los preceptos liberales. El fracaso de este pensamiento debido a la crisis del año 1929, dio lugar en EEUU y en el Reino Unido a intentar una política similar a la de Alemania. En 1936 se publica la Teoría General de Keynes, que propone un nuevo rol para la política económica y el Estado, retomando la importancia de la escala nacional abandonada por los neoclásicos, luego surgirá el concepto de “macroeconomía” (IÑIGUEZ y NARODOWSKI, 2007). Al mismo tiempo, a partir de textos anteriores y de la idea del “animal spirit” Keynes introduce la cuestión de la incertidumbre, la cual será profundizada por los llamados poskeynesianos a través de la construcción de expectativas aunque siempre, como en la teoría neoclásica, desde el concepto de racionalidad, ahora limitada. Esto impide profundizar en definiciones de relaciones sociales y de espacio construido de otro tipo.

Las versiones latinoamericanas como el estructuralismo latinoamericano y la teoría de la dependencia cuestionan la micro de la teoría neoclásica y consideran insuficiente la macro keynesiana, aparece el concepto de estructura. En estas visiones, las relaciones centro-periferia se asocian a la presencia de superposición de modos de producción en la escala nacional, lo que produce diferenciales de productividad. Los sujetos económicos y el Estado, se mueven según sus intereses, porque estas teorías

---

4 No se analiza aquí el marxismo porque, salvo por su influencia en el estructuralismo latinoamericano, no influye en la temática que da motivo al trabajo. Puede verse Narodowski (2008)

5 La cuestión será retomada por los keynesianos y ciertos evolucionistas y será muy importante en los debates sobre las reglas generales de funcionamiento de la economía y para el diseño de la política pública a partir de los años 80s.

están influenciadas por el materialismo histórico. Si bien hay diversos enfoques, son centrales el Estado y la escala nacional, como en Keynes y los keynesianos. En ambas teorías se analiza la escala regional y urbana pero determinadas por el conflicto principal de la escala superior (GEISSE Y CORAGGIO, 1972; PRADILLA, 1982)<sup>6</sup>.

Con este contexto teórico y la influencia de Keynes, durante algo más de 30 años de posguerra dominó en la academia la idea de la síntesis neoclásica de que para estabilizar la economía puede utilizarse, con una serie de limitaciones, tanto la política fiscal como la monetaria. Dada la centralidad de las finanzas nacionales, la cuestión de las finanzas provinciales y municipales no tenía casi importancia, relaciones sociales y subjetividad, y la escala local, quedaron desatendidas.

Esto se ve claro en el diseño de la política pública. Se expande la garantía de universalidad y los servicios necesarios para ella, organizados éstos generalmente en forma centralizada, en la escala nacional. Surgieron los ministerios, y las unidades estatales (por ejemplo, las escuelas).

Los sistema de salud de la posguerra se adecuaron a este régimen regulatorio más general, a partir de de la idea de la responsabilidad total del Estado, los gobiernos aumentaron sus presupuestos para este ítem; proliferaron los Ministerios y los seguros públicos nacionales, de los que dependían los hospitales y su personal en relación de dependencia; el personal trabajaba bajo contratos negociados por sindicatos nacionales.

Por ejemplo, en el Reino Unido (RU), el sistema como tal nace en la posguerra como ruptura absoluta con el que existía hasta ese momento (basado en la caridad) y en torno a un seguro público único con el aporte estatal, el cual debía garantizar la universalidad. La atención primaria ambulatoria era privada y autónoma, Los hospitales eran estatales, la mayor parte deconcentrada en los niveles político- administrativos inferiores. En ellos, como sucedía en todos los otros casos, el sistema de financiamiento era el presupuesto y había un contrato laboral nacional único para la mayor parte de los profesionales de los hospitales y demás trabajadores que estaban en relación de dependencia. En Francia el modelo era similar aunque el sistema no nació universal, sino basado en cajas aseguradoras, luego fue sumando sectores y tornándose estatal y universal. Por su parte, Italia y España habían nacido como sistemas de seguros laborales y durante la posguerra fueron intentando la ampliación de la cobertura, casualmente ambos en 1978 crean sistemas nacionales universales, atención primaria y hospitalaria todo financiado y administrado por el Estado. En todos estos casos hasta los años 70s hay un discurso fuertemente estatista en cuanto a las políticas de salud y la protección de la población.

---

6 Podríamos decir que Castells y Sassen, muy citados en geografía, también intentan explicar los cambios socio-tecnoproduktivos que suceden luego de los 70 a nivel mundial con escasos elementos relacionales y subjetivos y suponen desde un enfoque que llamamos "estructuralismo norteamericano" una fuerte determinación de lo local por parte de las condiciones globales, restando importancia a la escala nacional, al Estado Benefactor. En este mismo registro podríamos catalogar a Milton Santos. En cuanto a las teorías geográficas, las mismas prácticamente no inciden al menos en la posguerra en la construcción de políticas, tema de este trabajo. En la geografía económica de la época se sigue el mismo paradigma de la economía, la geografía positivista a la teoría neoclásica y la geografía económica crítica en América Latina, a los enfoques centro-periferia. Por eso también entra en el debate el sistema mundo de Wallerstein y Arrigui entre otros.

Canadá y los EEUU nacen con una impronta federal muy superior, dada la constitución de sus propios estados nacionales: en el primer caso, a partir de seguros públicos provinciales y una cierta coordinación nacional que se transforma en una lista positiva nacional recién en los 80s. En el segundo a partir de seguros laborales y privados y sin seguro universal. En ambos casos en hospitales y atención primaria prolifera el tercer sector de la economía y los contratos nacionales para el personal de los hospitales. La diferencia entre ambos está en el rol del seguro universal canadiense, lo que explica también las diferencias en las identidades y los discursos.

Pasando a AL, podrá verse que los modelos son similares. Se vieron gobiernos populares desde la posguerra que constituyeron sistemas de salud nacionales en el marco de Estados de Bienestar defectuosos pero que permitían construir discursos de identidad nacional que en este campo podremos llamar sanitarismo. En Brasil el modelo se basó inicialmente en la seguridad laboral nacional, pero desde los años 40 se creó una institucionalidad centralizada con representantes federales aunque, con fuerte influencia en el territorio. Los hospitales eran nacionales con personal en relación de dependencia. Se trata de los gobiernos de Vargas y Goulart, la construcción de la identidad brasilera, en los 70 empiezan a crecer los seguros y la provisión privadas. Argentina, responde a una lógica similar, luego del primer intento de Carrillo de hacerlo enteramente público, en la posguerra se fue constituyendo un modelo universal pero en el que iban conviviendo el derecho universal a la salud y las OOS (que son legalmente de derecho público pero no estatal). El primer gobierno peronista había instalado una idea de salud pública y social que le fue muy difícil de eliminar a las diversas dictaduras que lo intentaron (MEDINA y NARODOWSKI, 2015). En todo este proceso, convivieron la provisión estatal y la privada tanto en APS como en el nivel secundario. La descentralización y desregulación de fines de los 70s y los 80s modificarían algunos parámetros importantes, fundamentalmente en cuanto a la equidad interregional y al rol de los seguros y la provisión privadas.

Chile, es otro caso similar, ya que desde 1924 tuvo un sistema basado en la seguridad social y el mutualismo, que luego se unifican en un seguro público obligatorio, este modelo estaba siendo ampliado por el gobierno de Allende, como una continuidad de los gobiernos populares de la posguerra, pero en 1979, durante la dictadura se transforma en el modelo paradigmático del NI. En Colombia el proceso es similar y su ruptura también: la salud se basaba en el siglo XIX en la beneficencia y con cierto apoyo de las municipalidades más fuertes. En los años 20s se empieza a desarrollar el seguro laboral, en 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión y luego el Instituto Colombiano de Seguros Sociales aglutinando a los trabajadores descalifica escala nacional, pero con cajas autónomas, financiadas mediante un fondo común de naturaleza pública concentrado en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS). La atención se llevaba a cabo en consultorios y clínicas privadas, pero los hospitales eran administrados por los Servicios Seccionales de Salud, que eran dependencias departamentales, pero fuertemente ligados al Ministerio de Salud debido a que las sostenía con sus aportes. En los 60s este esquema muta hacia el seguro social obligatorio que no logra plasmarse como universal, a su vez hay un ambicioso Plan Hospitalario Nacional. La reforma del 1993 desarticula todo este modelo.

### **3. Los nuevos enfoques y la realidad de la reforma del estado, las escalas, las relaciones sociales, a partir de la crisis de los 70**

En los años 1970 el Estado Benefactor entra en crisis debido a que ya se venían observando tasas de crecimiento menores e inflación alta, serias dificultades de parte de los Estados para seguir sosteniendo su aparato universalista, etc. Se produce una fuerte ofensiva antiestatal desde un enfoque de origen neoclásico: el neoinstitucionalismo (NI)<sup>7</sup>.

La teoría NI que parte de los costos de transacción de Coase y plantea que un agente racional se puede comportar colectivamente generando instituciones (organizaciones, reglas, normas) que provean a un menor costo la información y la certeza que el mercado imperfecto (por las fallas que presenta) no puede brindar. Uno de los corolarios más importantes gira en torno a la idea de que en un ambiente competitivo, la calidad de las reglas formales e informales –y no el rol del Estado- explica el nivel de desarrollo. La apertura comercial, las privatizaciones y su reemplazo por mecanismos institucionales como los planteados arriba, debían ser el instrumento más adecuado. La descentralización se ve, como un modo de gerencia eficiente y de responsabilización de los actores de las agencias públicas. La implementación de modelos de simulación de la competencia dentro del aparato público completa el panorama. Son los cuasi-mercados<sup>8</sup>.

Sobre la base de la racionalidad neoclásica, esto implica un cuestionamiento radical de la centralización del fordismo y el planteo de la focalización en la escala local como lugar del gobierno y un regreso a la micro en la toma de decisiones de la producción del servicio, siempre dentro de los supuestos liberales, lo que obtura otro tipo de lógicas respecto a las relaciones sociales y el territorio. El concepto de capital social desarrollado por Putman o Coleman, entre otros, funciona como fundamento de ese descenso en la escala. Se trata de considerar el acervo de valores, o de reciprocidad, de solidaridad colectiva o de confianza, como un factor de la producción o de desarrollo (MORO, 2000). Tampoco aquí hay un análisis diverso de relaciones sociales y del espacio construido socialmente, lo que confluye en el no reconocimiento de las jerarquías de poder en juego.

En el mismo contexto teórico debemos mencionar ya en la geografía, a la escuela de California, que con los mismos supuestos intenta explicar la tendencia generalizada hacia la desintegración vertical de los aparatos productivos y las nuevas oportunidades –la autonomía- de lo local que esto genera (STORPER, 1997). Desde

---

<sup>7</sup> Quienes contestaron esta ofensiva en el plano académico fueron los postkeynesianos ya mencionados, que se han mantenido en la escala nacional como en los análisis keynesianos ya abordados, con algún aporte nuevo en cuanto a construcción de expectativas siempre con el supuesto de racionalidad, que no se abordan aquí por problemas de espacio.

<sup>8</sup> Esta postura era compatible con la sostenida por los grandes capitales en el seno de la Trilateral Commission fundada en 1973 con el impulso de Rockefeller y Brzezinski: la reducción de barreras al comercio y a los flujos financieros mundiales y producir una disminución de la intervención del gobierno en los asuntos internos. El origen de la globalización.

este punto de vista, se supone la heterogeneidad espacial y se menoscaban tanto las explicaciones estructuralistas como la centralidad del Estado.

El otro institucionalismo, la escuela de la regulación, con antecedentes en la teoría marxista, caracteriza las crisis del capitalismo del siglo XX -especialmente la que nos interesa es la del pasaje del fordismo al posfordismo- a partir del concepto de régimen de regulación, que involucra una forma de organización de la producción específica, el cambio tecnológico y que se correlaciona con el conjunto de normas implícitas o explícitas que la sostienen, incluso ajustando los comportamientos individuales a la lógica del modelo. Con esta lógica se explica la crisis del estado Benefactor en el centro y en la periferia y también se explica la heterogeneidad de las regiones al menos en los países desarrollados, según como hayan reaccionado a la crisis del fordismo (LEBORGNE y LIPIETZ, 1994).

En los evolucionistas se retoman las cuestiones del cambio tecnológico, con el concepto de paradigma tecnoproductivo, similar al de régimen del regulacionismo, de nuevo en relación a la escala global, aunque con una mayor especificidad de las cuestiones micro. Parten de los aportes de Schumpeter, que definen el avance tecnológico como endógeno, generado por las firmas para superar a sus rivales en la búsqueda de competitividad; entienden a la innovación como un proceso de aprendizaje holístico en el sentido del enfoque sistémico, por eso dicen que la empresa establece sus propios objetivos y en vínculo con el contexto (mediante redes), genera sus propios caminos (BECATTINI y RULLANI, 1993). De esa idea de aprendizaje surge la cuestión del desarrollo como un problema local y endógeno, dependiente del modo en que cada territorio identifica sus fortalezas y las aprovecha, así tenemos la teoría del sistema local tan utilizado en geografía y en lo que más importa: las políticas públicas. Se reconoce la pérdida de centralidad del Estado y se propone una intervención planeada y estratégica pero al mismo tiempo limitada a remover obstáculos que impiden el desarrollo del nuevo paradigma tecno-industrial. En este sentido sobresale la idea del Sistema Nacional (y Local) y de Innovación, como una estructura institucional formal o informal (en este caso dependiente del capital social) que determina un patrón de incentivos para hacer eficiente el proceso innovativo. Desarrollo local, sin problemas estructurales, con un estado débil y una idea de poder sin conflictividad.

¿Y si nos alejamos del supuesto del individuo racional? Fuera de la economía, diversos autores han entendido un cambio epocal en los comportamientos, lo que ha llevado a la crisis de ese Estado Nación de posguerra. En este largo proceso que va del estructuralismo al posestructuralismo debemos mencionar a Foucault, Bourdieu, Deleuze y Guattari, Derrida, etc. En una segunda generación, debemos mencionar a otros como Lash, Ianni, Harvey, etc.

Luego de ocuparse del pasaje al capitalismo flexible, y a partir de Bourdieu pero como él dice, “recargándolo” Lash (1990) desarrolla el concepto de reflexividad estética, luego se publica un texto importante, el de Lash y Urry (1994). Según estos autores en el lugar de los significados otorgados por el fordismo y Estado Benefactor, lo que hay es un aumento de la creación de significantes, asociados a imágenes y sonidos, no palabras. A partir de esta definición, cambia la idea de poder, los actores se mueven en

base a una autonomía absoluta, un descentramiento completo, bio-poder pero en una versión extrema. Esto se verifica en la nueva organización del trabajo y en el consumo. Y en los espacios territoriales surgen soluciones particulares, según la presencia o no de actores capaces de enfrentar estas transformaciones.

La crisis del significado aparece en la idea de pérdida de sentido en Ianni (1998), Para él ya no rigen los esquemas interpretativos compartidos, típicos del Estado-Nación, ese es el origen del pluralismo; como intentará demostrar Harvey luego. Para ambos quedan núcleos pequeños de sentidos compartidos. Surgen formas de acción más individuales y un grupo de instituciones que procesan esas diferencias, el las llama “comunidades de vida”. Ortiz (1996) se apoya en este discurso para plantear el pasaje de escala hacia lo local y el concepto de reterritorialización que nos ha servido de punto de partida.

Harvey en la Condición de la posmodernidad de 1989 (HARVEY, 1998) asume más incómodamente estas transformaciones. Retoma a Nietzsche para focalizarse en el origen de la crítica a la racionalidad moderna, sigue por Foucault, Lyotard y Derrida Heidegger para explicar la fragmentación del posmodernismo. Lo considera positivo en la medida que permite valorar la diferencia, le cuestiona –al menos en el arte- el ocultamiento de los problemas sociales, también el hecho de que no resactan los logros materiales de la modernidad, lo que termina siendo un nihilismo que impide la intervención, aceptando los procesos económicos, incluso desautorizando las luchas. Para eso cita a Eagleton<sup>9</sup>. Incluso discute las posiciones que se sustentan en la comunidad y lo local, en las resistencias regionales, en los movimientos sociales, por motivos similares. Como hará en *Justice, Nature ...* para graficarlo lo relaciona con la adhesión de Heidegger al nazismo (HARVEY, 1996). Propone valorizar esa heterogeneidad, en las diversas escalas, pero dentro del materialismo histórico, sin subestimar la economía política. En ese texto propone el concepto de particularismo militante de Raymond Williams asumiendo como aquel, que siempre el movimiento social fue de la solidaridad en un lugar, a su universalización. Sobre esa base se trata de crear un espacio crítico desde el cual desafiar los discursos hegemónicos, incluso los de la universalidad pero asumiendo una definición de justicia común. Esto es lo difícil. Este proyecto se plansmará luego en la utopía espacio temporal de escritos posteriores. Este enfoque como los anteriores han inspirado diversos movimientos callejeros, sociales, etc.

También hay que recordar, la idea de multitud contra – imperio de Hart y Negri (2000) y la disonancia y el contrapoder de Holloway (2002) ambos con otros puntos de partida. Este último escribe un famoso libro exaltando la idea de autonomía del zapatismo, varios de estos autores validan dicha experiencia.

En AL en los 90s y los 2000s –además de Ortiz y de los teóricos que siguen a los autores arriba mencionados -se hace fuerte el discurso de la economía popular que parte de la crítica al liberalismo, recoge en parte la agenda del debate del estructuralismo y la teoría de la dependencia, en la escala nacional y urbana, como es el caso

---

9 Crítica similar encontramos en la sociedad líquida de Bauman.

por ejemplo de Coraggio y confluye en la cuestión del poder contrahegemónico típico del posestructuralismo como Dussel, Hinkelammert, Escobar, Sousa Santos. Este debate ha confluído en los movimientos sociales, que se consideran cercanos al Papa Francisco, como Grabois de la coordinadora vinculada a los movimientos sociales CTEP, en Argentina.

Hinkelammert es especialmente importante por su recorrido en la crítica al racionalismo de la teoría neoliberal que desemboca en la actual globalización, entendida como una crisis generalizada de las relaciones humanas. Para este autor la resistencia pasa por una “ética de bien común” basada en la experiencia, alejada de esas leyes impuestas (VERGAGARA y ESTEVEZ, 2002). Sólo así surge la posibilidad de la existencia y el reconocimiento mutuo, lo dice con un discurso sistémico y cita al Subcomandante Marcos y su idea de resistencia (HINKELAMMERT, 1998)<sup>10</sup>.

Escobar parte del enfoque poscolonial y su crítica de la teoría del desarrollo, es decir de buena parte de los enfoques de posguerra. En Escobar (2014) plantea diversas alternativas: descolonización epistémica; alternativas al “desarrollo” transiciones al postextractivismo; crisis civilizatoria y alternativas a la modernidad; y la lógica de lo comunal, la relacionalidad, y el pluriverso. Escobar (2014) propone las ontologías relacionales y el pluriverso que cuestiona como el resto la ontología dualista y se basa en los vínculos reales entre lo biofísico, lo humano y lo supernatural, como sucede en tantas culturas, pero que según él, sirve también en la sociedad urbana. En íntima relación con este proceso de análisis, en Escobar (2000) se había planteado un concepto de lugar anti-esencialista y no romántico de lo diferente, en función de la defensa de su territorio, con autonomía y con su propia visión de desarrollo, con arraigo cultural y ecológico.

De Sousa del mismo modo parte de la necesidad de contruir una nueva epistemología desde el sur, son los saberes subalternos que dan lugar a la crítica de la razón metonímica donde reaparece el enfoque sistémico y la necesidad de reconocer la heteronemegida y el conflicto. Finalmente para ser gráficos se trata de pasar de la sociología de la ausencia a la de la emergencia, ésta da lugar a posibilidades que suelen minimizarse de nuevo, hay que creer en la experiencia (DE SOUSA SANTOS, 2006b). Para Sousa Santos (2010 y 2014) lo local debe ser entendido como autonomía territorial, a partir del reconocimiento de otras cosmovisiones y otras formas de construcción del espacio. Lo global y lo nacional son un instrumento de dominio. Lo nacional popular ya no será representativo.

Coraggio parte también de la crítica al modelo de desarrollo y sus actualizaciones en torno al desarrollo local latinoamericano y plantea la necesidad de construir alrededor de la economía del trabajo. En Coraggio (2009) se cuestionaba justamente a los gobiernos populares por responder a la penetración de la lógica economicista. Propone políticas que estimulen la movilización de las capacidades y la autonomía de los sujetos en las diversas escalas. Lo que está presente en el discurso es el diálogo con los autores ya mencionados, Hinkelammert, de Sousa Santos, etc (CORAGGIO, 2013).

---

<sup>10</sup> La ética del bien común confluye con la ética de la liberación de Dussel, a quien no hemos trabajado.

Por último, los movimientos sociales que se inspiran en el Papa son un caso particular, por ejemplo Grabois (2013) parecen coincidir en estos en la influencia cultural de la globalización a través de “culto al dios Dinero”, la financiarización, el extractivismo y la exclusión estructural de una parte importante de la población mundial. Cita a Mike Davis y a Bergoglio y llama a desabsolutizar las leyes de mercado. En ese sentido valora lo local como el lugar de trabajo de los excluidos y la organización de los movimientos sociales como la representación en función de esa resistencia que para él, es “la gran ilusión de Jesús” porque permite “la hermandad entre todos”. Como los otros autores pero desde otra identidad y otro discurso, valora la mayor horizontalidad y una no institucionalidad que brinda mayor flexibilidad organizativa, Cuestiona los gobiernos populares y contrapone el “poder popular” definiendo como la comunidad que se organiza.

En estos autores, incluso Grabois, se cuestiona el rol actual del Estado y sus políticas; lo local debe ser entendido como autonomía territorial, a partir del reconocimiento de otras cosmovisiones y otras formas de construcción del espacio. Lo global y lo nacional sin un diálogo y un reconocimiento que permita el conflicto, son un instrumento de dominio. Ponen en discusión lo nacional popular, este vínculo se torna uno de los grandes temas.

¿Qué sucedió en la práctica? La presidencia de Ronald Reagan inicia el camino recomendado por el NI, aunque la descentralización ya existía, lo hace fundamentalmente con la incorporación plena del sector privado en la oferta de servicios del gobierno en forma directa. En Gran Bretaña, el gobierno de Margaret Thatcher desde 1979 fue más violento porque debía desmontar un Estado Benefactor muy fuerte; se implementó una política de techos al gasto, y un profundo proceso de privatizaciones de empresas públicas y apertura del paquete accionario al sector privado así como del aumento de la competencia dentro del campo de los servicios aun provistos por el Estado. De ese modo se reducía el poder monopólico del Estado y se descentralizaba, al mismo tiempo, se trataba de desregular el mercado laboral. Se discutía el modelo del Estado Benefactor, el rol de la escala nacional y también su componente discursivo, basado en la idea de solidaridad social y la alianza con los sindicatos y se lo intenta reemplazar por otro de la eficiencia. No hay una idea de territorio más allá de la que tiene el NI basada en la racionalidad económica y la competencia.

Sin embargo, en RU y en el resto de los países europeo, la socialdemocracia -y el social cristianismo de otro modo- respondió con “la Tercera Vía” como una política “más razonable”, el gradualismo se impone sobre el shock, por eso, aunque con vaivenes no se puede decir que en el largo plazo disminuyó la financiación, la capacidad de regulación, ni siquiera la provisión, estatales. Sí hay un fuerte proceso de descentralización, presentado como empoderamiento de la sociedad civil y el gobierno local (IÑIGUEZ y NARODOWSKI, 2007).

Se estructura un discurso en el que el Estado tiene que ser fuerte pero no monopólico, se baja en la escala y se adopta una idea NI de las relaciones sociales y del gobierno en la escala local pero de tinte socialdemócrata. Al mismo tiempo, perdían fuerza las versiones estatistas duras.

En este marco, la década de los 90s fue muy positiva en términos de crecimiento para Europa, aunque esta tendencia se había iniciado antes. En cuanto a los resultados de la descentralización, éstos han sido muy discutidos y hay un cierto consenso en que la tan ansiada convergencia entre regiones no se produjo, con raras excepciones como puede ser Cataluña en España o el centro norte en Italia (MAYNOU, SAEZ y BACARIA, 2013).

Con algo de retardo respecto al mundo desarrollado, en los países periféricos se implementaron, con sus distintos ritmos, políticas similares. Las reformas económicas se sustentaron en el Consenso de Washington, un decálogo de recetas de política que incluía liberalización financiera y comercial, desregulación, privatización y descentralización, disciplina presupuestaria, reducción de subsidios, reforma tributaria orientada a ampliar la base imponible. Se instaló la idea de volver al Estado mínimo del NI y se inició un proceso que fue mucho más radical que el mencionado para Europa. Las viejas posiciones estructuralistas de la Cepal mutaron hacia el llamado neoestructuralismo y la mencionada institución acompañó, con sutiles críticas, la reforma con un discurso vinculado a la descentralización y el nuevo poder de la comunidad, sin advertir que las condiciones en que se llevaba a cabo el proceso eran muy precarias.

Chile fue el único país que en este período de los 90s desarrolló una política más equilibrada para mejorar la gobernabilidad tras la apertura que ya había hecho la dictadura militar. Igualmente la distribución del ingreso empeoró levemente (NARODOWSKI, 2017). El resto adhirió al CW, con sus viavenes, en estos países se observa para la década un crecimiento moderado, la reversión del saldo comercial que se hizo negativo, el aumento de la cuenta corriente negativa, una caída o estancamiento del empleo y del salario real.

En cuanto a la descentralización, la misma había sido impulsada desde el universo teórico y metodológico del NI pero también en los enfoques que ponían el acento en el fortalecimiento de la sociedad civil, de matriz socialdemócrata, que en América Latina ha tenido su expresión en autores como Boisier (2000), que lo hace en clave sistémica. Los resultados han sido poco alentadores, sobre todo si se analiza el caso paradigmático, Argentina (MANZANAL, 2006). Luego se analiza con más profundidad lo sucedido en la salud.

Por otro lado, estos enfoques, específicamente el evolucionismo, han tenido efectos en las políticas educativas y tecnológicas en la UE y en América Latina a partir de la constitución de SIN y SLI con los fondos de investigación y licitaciones de proyectos en favor de universidades y centros o los laboratorios públicos y privados que reemplazaron la intervención directa de bancos y otras instituciones estatales como actores centrales de la búsqueda de competitividad internacional (HOUNIE y otros, 1999).

Este proceso de apertura termina con las crisis que se suceden en los diferentes países de América Latina desde 1998 a 2001. Como consecuencia, surgen los movimientos sociales, especialmente en Argentina, aunque también en Brasil, con un enfoque cercano a la ya mencionada economía popular que confluye en las propuestas postcoloniales, como una forma de resistencia a esas posiciones y a la crisis que ellas habían generado.

Como parte del péndulo latinoamericano, en la última década surgen gobiernos que vuelven a poner el acento, al menos discursivamente, en los problemas macro-estructurales del viejo estructuralismo. –especialmente la concentración económica y la regresividad de la distribución del ingreso- y proponen volver a un esquema de crecimiento basado en el consumo pero sin un retorno al monopolio estatal central de los servicios públicos, la educación, la salud, etc, y sí aumentando el rol del Estado en el financiamiento, e incluso en la provisión, en una búsqueda de alguna síntesis (ABELES y KIPPER, 2010). Estos gobiernos son afines a aquel discurso de la economía popular y de los movimientos sociales y llevan a cabo políticas para dichos sectores pero sin desmerecer los instrumentos del NI y del evolucionismo. Esto ocasiona críticas como las mencionadas de Coraggio y Grabois.

## 5. Lo sucedido en la salud pública desde los 70s

La salud pública es parte de ese proceso, pero hay un evento que influye especialmente, la realización de la Conferencia de Alma Ata organizada por OMS en 1978 en una entonces república soviética. Allí se produce un llamamiento a resolver el problema de la desigualdad en el acceso a la salud especialmente en los países pobres con un discurso basado en la salud pública de posguerra situada en la escala nacional, con aquel tinte sanitarista mencionado. OMS y OPS seguirán esta línea. Se fortalece el concepto de universalidad, el cual no será prácticamente cuestionado.

Pero a mediados de los 80s y luego en los 90s, sobre todo en los países centrales, se producía un fuerte cuestionamiento del rol del estado, sobre todo en la tradición de la OCDE y luego de la Unión Europea (EUROPEAN COMMISSION, 2007; DOCTEUR y OXLEY, 2003) así como del Banco Mundial (1993) para América Latina. En ese marco se habla de descentralización y de generar competencia en el aseguramiento y la provisión. Estos puntos de vista han estado además influenciados por el aumento del costo de la atención de la salud debido al incremento de la esperanza de vida y a las nuevas tecnologías.

Incluso, el planteo de Alma Ata empieza a estar atravesado por el debate del neo-institucionalismo, incluso en OMS y OPS. Se valorizan algunas definiciones de aquella declaración que apuntan a la limitación del gasto mediante la focalización. A su vez surge con fuerza la idea del rol de la APS en el marco de la descentralización (incluso sin realizarse una caracterización del estado de regiones, provincias y municipios) más como puerta de entrada que logre ordenar el sistema, sin consideraciones por ejemplo sobre participación popular, tema que en AL estaba fuertemente discutido (WHO, 2005; WHO y ALIANZA para la investigación en políticas de salud, 2009; OPS, 1988; OPS, 1998; OPS, 2003). Del mismo modo se plantean las redes. El autocuidado deja lugar a la “autoresponsabilidad”. Todos temas que se analizan luego.

OMS y OPS igualmente y con sus vaivenes se mantienen en la defensa de los valores de la salud pública, y aceptan algunas transformaciones identificadas con el cuasi-mercado, incluso la descentralización. Lo mismo, diversos teóricos que han escrito en el marco de la CEPAL (SOJO, 2000; CEPAL, 2006; SOJO, 2006). Giovannella,

Feo, Faria, y Tobar (2012) en el contexto de Unasur son más duros respecto a aquellas reformas del NI y ponen el acento en la necesidad de solucionar los problemas estructurales posicionándose en la escala nacional.

Ninguno tiene un debate acerca del cambio de las subjetividades. Sólo en Who y Alianza para la investigación en políticas de salud (2009) se expone el enfoque sistémico como la base del análisis, sólo que en ese texto se subestima la importancia del modelo de desarrollo, tampoco quedan claros los diferenciales entre actores del sistema, por último es necesario resaltar que el documento parece pensado desde los rectores del sistema, sin una discusión de la lógica de esa rectoría mientras que otros textos que ya serán analizados, están escritos desde los sectores populares, subalternos.

Lo mismo sucede con el importante trabajo de Vilaca Mendes (2013), cuyo análisis gira alrededor de principios económicos, planificación, gestión y financiamiento con escasas referencias sobre la subjetividad. Utiliza el concepto de empoderamiento. El discurso es cercano a alguna forma de institucionalismo.

Quienes se reconocen en la “Medicina Social Latinoamericana” y el Movimiento de la “Salud Colectiva”, en la tradición sanitarista, mantienen el discurso pro popular y anti-mercado fuerte; lo hace valorizando aun la escala nacional pero en una negociación con los sectores populares y los territorios, sin desmerecer las cuestiones estructurales, incorporando diversos enfoques del poder, con gran importancia de dimensión subjetiva, como reflejo del debate realizado en el final del capítulo anterior.

Rovere (1999, 2002, 2004) dice que la sociedad actual está fragmentada, no hay un orden, con unidades inasibles, no fácilmente limitables, hace referencia a la posmodernidad aunque el análisis considera contextos históricos (de clase inclusive, pero no unicamente), geopolíticos, políticos y culturales determinados.

Por su parte, Almeida Filho y Silva Paim (1999) intentan un recorrido más exhaustivo. Valoran el aporte de Bourdieu en cuanto a la importancia del capital simbólico. Luego hacen lo propio con la ciencia de la complejidad, citando a Morin. También menciona la ciencia postmoderna, cita a Castoriadis. Valora la posibilidad de la “emergencia”, el surgimiento de un nuevo radicalismo. Luego resaltan fractales y borrosidad, en el mismo sentido. Con este background definen la Salud Colectiva como sector vital, de producción y de conocimiento que exige la interdiscipliniedad, que asegure entender saberes, deseos, proyecciones de lucha, etc. Citan un trabajo anterior en que reconocen la tensión entre Estado y Sociedad, lo colectivo y lo individual. Almeida Filho (2006) retoma el pensamiento complejo para valorar la idea de fragmentación, dinamismo sistémico, indeterminación y contingencia, etc para llegar a la idea de conocimiento relativo y contextual. Para ello se introduce en el problema del discurso y del sentido así como en las modalidades de la práctica misma. Finalmente cita a Boaventura de Sousa Santos para plantear la necesidad de que el vínculo refleje los saberes de la vida.

Este discurso fue valorado por Breilh (1999) quien propone el concepto de ecosistema, citando a Prigogine y a Harvey aunque con reminiscencias estructuralistas para establecer que la sociedad capitalista impone incluso la concentración de poder simbólico, pero que hay instancias de resistencia. Se trata según dicho trabajo y Breilh

(2008) de un discurso latinoamericano en el que a diferencia de lo que hace la OMS, no se desentiende de las raíces socio económicas históricas del poder y las relaciones sociales. Y al mismo tiempo valora los modos de vivir grupales y los estilos de vida individuales, lo que da lugar a una matriz integrada: clase-género-etnia. Como en Harvey, no queda claro cuánto de estructura y cuánto de sujeto.

Finalmente Batista y Merhy; Ubieto; y Garrafa y Monchola tienen un planteo de ética y política.

Ubieto (2007) hace un planteo similar mediante la necesidad de una conversación regular, una comunidad de experiencia, un vínculo social en un territorio en común y en una realidad de trabajo compartido. En diversos textos analiza el cambio epocal haciendo hincapié en el individualismo, tal vez por eso se trata de una apuesta ética, una estrategia política que permita subvertir el orden establecido. En el mencionado trabajo no presenta antecedentes teóricos. La idea de conversación parece provenir de la formación lacaniana del autor (UBIETO, 2018), quien considera a Lacan un inclasificable dentro del debate del estructuralismo (UBIETO, 2011), también de allí parece provenir la idea de ética aunque en Ubieto (2015) se apoya en la biopolítica de Foucault

En una misma línea están Garrafa y Manchola (2017), que asumen la idea de una sociedad desigual con fuertes asimetrías y concentración de poder económico y político, la piensan desde la biopolítica de Foucault y citan además el concepto de ética liberadora del ya mencionado Dussel. Dirán que las asimetrías ilegítimas facultan a la conciencia crítica y a una intervención política tendiente a eliminar esas condiciones adversas. Estos autores hacen una interesante distinción entre diversas definiciones de participación que puede servir para diferenciar la ética emancipadora de otras versiones institucionalistas.

Batista y Merhy (2011) en base a la idea de proceso de deconstrucción y construcción de territorios existenciales (los cuales crean una ética y una política), a partir del “rizoma” de Deleuze y Guattari, consecuencia de un movimiento de flujo heterogéneo, en un contexto en el que los individuos crean lo real-social, se mueven, etc a partir de deseos (trabajo vivo) en la escala micropolítica como ya había planteado Merhy en los 90s. Se propone la construcción de un mapa de estas conexiones en el proceso a fin de entender la evolución de, por ejemplo, las instituciones y proponer cambios. Lo utilizan justamente para entender la trayectoria del SUS. La gran posibilidad de quebrar la lógica predominante en la salud, es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica, en el espacio de la organización del trabajo y de las prácticas.

En ambas vertientes del santitarismo, el de OPS y Cepal, se valora la escala nacional y la local, por eso, la APS y las redes son centrales. Solo que en el segundo discurso, desde diversos planteos teóricos, se lo hace con un sentido despojado del NI, de participación popular fuerte, sistémico y como un instrumento político para enfrentar las asimetrías.

Del análisis de las reformas realizadas, abordadas en Narodowski (2018) surge que, aunque con diferencias discursivas y de matices, los sistemas han ido confluyendo. Ante todo, un elemento que era clave del Estado Benefactor, el derecho universal a la

salud está garantizado cada vez más, al menos formalmente. Todos los sistemas salvo excepciones lo tienen como norte, en la mayor parte como forma de seguro público, ya sea universal (RU, Francia, Brasil) o focalizado en los sectores vulnerables (como Chile, México, Colombia, EEUU). Los países ha intentado mantener o elevar el gasto y hay consenso en avanzar a modelos basados en estructuras tributarias progresivas, limitando los copagos y más aun los gastos de bolsillo, incluso los seguros complementarios. Los que no lo logran es por la presión a la segmentación (como Francia y EEUU,) o por sus problemas de desarrollo de largo plazo (Italia, España, América Latina).

¿Pero en qué escala se sostiene ese derecho? En lo que hace al gobierno macro de los sistemas, el Ni recomendaba la separación de funciones y la descentralización, pero en la práctica hay diversas soluciones. RU y Francia han avanzado en la separación en base a órganos independientes con participación pública, Italia, España, EEUU, Brasil, Chile y Mexico, como Argentina, con órganos estatales y fuerte presencia del Ministerio nacional y de los Ministerios provinciales, Canadá y Colombia son un mix de control estatal y autónomo, todos como se ve replican el esquema en las diversas escalas.

En relación al aseguramiento, en RU y Francia y Brasil se mantiene el seguro público universal centralizado en la escala nacional, y las asimetrías regionales –al menos en los dos primeros- son escasas; en Chile, México, Colombia los seguros focalizados también son nacionales, en ese sentido hay una garantía de equidad entre los pobres, pero los sistemas en sí son muy inequitativos social y regionalmente. En estos países se estructura un discurso a escala nacional desde el seguro.

Los modelos descentralizados (porque las escalas inferiores garantizan diversas cantidades y calidades de salud) son Canadá, Italia, España, Argentina, EEUU podría entrar en esta categoría ya que el Estado Federal garantiza el seguro focalizado, pero el poder de los Estados es muy grande. Salvo el primero, todos con grandes asimetrías: para Europa Moreno, del Pino, Mari-Klose, Moreno-Fuentes (2014) muestran que la convergencia en los indicadores de la salud tampoco se logra. En América Latina el debate es más arduo, ya que muchos valoran el proceso pero pretenden que el fracaso en la salud se debe a que los gobiernos centrales se quedaron con muchas incumbencias o los gobiernos locales no tenían las capacidades institucionales, fiscales y financieras necesarias (GIEDION, ACOSTA, CASTAÑO, PINTO y RUIZ GÓMEZ, 2010). Bisang y Centrangolo (1997) para el caso argentino, son más directos, apuntan a los serios problemas de equidad y eficiencia que se generaron debido a la provincialización y los atribuyen a que el proceso fue realizado sin apoyo del estado nacional y en el marco de las heterogeneidades estructurales regionales difíciles de modificar.

Otro tema es la provisión, allí el proceso de descentralización y desregulación fue muy veloz. Los organismos internacionales siguen confiando en el sector privado; en OMS y OPS no parece hacerse una distinción clara, ni a favor de uno ni de otro sector, aunque se pone el acento en acotar la competencia y en el rol regulatorio y de control del Estado. Algo similar sucede con la autonomía en las unidades del sector público.

La atención primaria (AP) es casi completamente pública pero a cargo de la escala local en Italia, España y Brasil, en AL crecen los consultorios estatales locales en función del seguro social focalizado; en el resto de los países es privada o del tercer

secto. En cuanto a los hospitales, los públicos tradicionales se fueron trasladando a la escala local, siguen teniendo una influencia mayoritaria en Francia, Italia, las unidades destinadas a los seguros sociales de EEUU, algunas CCAA de España entre los PD y en todos los de AL, excepto Colombia. La autonomía administrativa y financiera es mayoritaria en los hospitales que fueron públicos del RU, muchas CCAA de España, Colombia y las experiencias van aumentando en todos los países. Y en estos últimos años también creció la provisión privada o sin fines de lucro.

En paralelo ha habido cambios en las formas de pago, los presupuestos históricos en el sector público son cada vez menos y crecen las cápitas y los pagos por servicio, incluso para los médicos.

Aunque muchos seguros hayan quedado en la órbita nacional, estos esquemas de provisión representan la cara más fuerte del desmonte del Estado Benefactor. La pregunta es entonces: ¿con que hipótesis de relación con los actores se desarrollan estos mecanismos? Como ya hemos dicho, buena parte de la lógica está sostenida por la racionalidad del NI, fundamentalmente a partir del análisis de la distribución de riesgos. El mismo enfoque recomendaba generar en las diversas escalas una institucionalidad con un componente de participación de los diversos actores. En la escala local podemos mencionar las comisiones mixtas regionales de Francia, los consejos de salud españoles, los comités de consulta italianos, los Comité de Participación Social en Salud colombianos. Chile y México promocionan instancias de participación de los pueblos originarios. Naturalmente, en los hospitales autónomos de todo el mundo se han constituido los Consejos de Administración de esas unidades. En general se valoran las experiencias aunque se reconoce la pobre participación y muchas veces la poca atención brindada por los funcionarios.

Tal vez un caso particular es el brasilero, conformado al calor del SUS y con un discurso cercano al sanitarismo, tienen el Consejo Nacional de Salud, 27 Consejos Estatales y más de 5 mil Consejos Municipales, con representantes de la sociedad civil del gobierno, proveedores y trabajadores de la salud. Han sido importantes las Conferencias Nacionales. Obviamente el otro caso es el modelo de salud del EZLN basado en su concepto de autonomía y buen gobierno (CUEVAS, 2007). Salvo pocas excepciones, el discurso sanitarista más radical queda en el espacio de la resistencia.

Por otro lado están los análisis de percepción de los pacientes, fundamentalmente on line, dentro de una tradición nacida en The Picker- Commonwealth, en los EEUU hace muchos años y que en la actualidad tienen una fuerte difusión en las webs oficiales. Aquí la relación es virtual.

## **6. El rol de la atención primaria y las redes**

Como un correlato del debate anterior, surge el nuevo rol de la atención primaria impulsado por la OMS (WHO, 1985). Por entonces Starfield (1998) plantea que ésta debe asegurar el primer contacto, la relación personal y continua entre el médico y el paciente, la atención integral y la coordinación. En otros textos, por ejemplo Who (2005) el objetivo se va corriendo hacia la coordinación del sistema,

el rol del gatekeeper . Los temas en debate son la infraestructura necesaria, la obligatoriedad de pasar por una instancia primaria antes de ir al hospital, la elegibilidad del consultorio. Los temas conceptuales, prácticamente no se mencionan. Los proyectos que pueden relevarse son de promoción y prevención desde la APS a la comunidad, con un stilo profesionalista y con poca participación de la gente (SILVA PAIM, 2009). Macinko, Starfield, Shi (2007) dicen que las recomendaciones de 1998 no se están respetando.

Y lo mismo sucede con la estrategia de redes. La conceptualización de las mismas también reflejan el debate teórico, en el marco del NI e incluso del evolucionismo se las piensa como un continuo de servicios garantizado por varias organizaciones independientes o no entre si, tanto públicas como privadas, co- responsables del estado de salud del paciente (SHORTELL, 2006). Este concepto predomina tanto en los PD como PSD, incluso en el ámbito de la OMS y OPS, el eje está puesto en la necesidad de coordinar los diversos segmentos del sistema, en muchos casos esta cuestión será resuelta proponiendo acuerdos institucionales (OPS, 2010). Aunque en ésta última el discurso tiene un mayor compromiso sanitaria, en ningún caso hay una idea de la lógica de esa interacción, de los factores que la determinan en los diversos contextos, etc.

Del mismo modo, en lo que hace al proceso investigativo la novedad es el enfoque traslacional, que puede entenderse como la versión sistémica- evolucionista neoschumpeteriana en el sector de la salud. En este planteo el conocimiento circula horizontalmente a lo largo de todo el proceso de la atención, cada subsistema va definiendo sus incumbencias de acuerdo a necesidades, trayectorias, en un proceso evolutivo que dota a la prestación de servicios de valor a partir del concepto de complejidad (MEDINA y NARODOWSKI, 2015). Por eso, las políticas hacia los actores de la investigación en salud, al menos en algunos países como los de la UE, Canadá, AL , intentan que éstos se constituyan como parte de un sistema nacional y de sistemas regionales de innovación (SNi y SLI) con instituciones afines, conformando redes. Esta construcción está sujeta a la lógica del evolucionismo y del NI, se focaliza en el nivel local y por momentos subestima la problemática de la concentración de I+D a nivel global en pocas grandes multinacionales y la asimetría de la periferia.

No muy lejos está Vilaca Mendes (2013), que planteaba la necesidad de un arreglo poliárquico entre diferentes actores dotados de cierta autonomía, la red de nuevo es central en las políticas públicas, pero no profundiza en las cuestiones del poder y la subjetividad que veníamos trabajando. Más bien define ciertos principios de la economía clásica y neoclásica: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios y niveles de atención. Se trata de lograr la mejor combinación de concentración, dispersión e integración geográfica y de niveles de atención. Es fundamental la planificación y la generación de capacidad operacional con la coordinación de la APS. El modelo se completa con una regionalización cooperativa, que exige la creación de entes regionales de gobernanza que legitimen las redes y no la descentralización competitiva. Por último, se plantea que el sistema de financiamiento debe alinearse al enfoque.

Sí se entromete en cuestiones de poder Rovere (1999, 2002, 2004) quien planteaba la necesidad de establecer lazos sin jerarquías aunque en contextos históricos determinados, La red era el mecanismo idóneo ya que permite obturar las demandas de gobierno típicas del autoritarismo o los planteos de privatización para estimular el emprendedorismo. Ubieto (2007) del mismo modo, ve la red como instrumento de esa apuesta ética que permite la conversación regular y no jerárquica. Medina y Narodowski (2015) iba por el mismo camino.

En la práctica lo que surge –salvo excepciones– es coherente con el NI: proyectos de fortalecimiento de la comunicación entre hospitales y APS, modelos de referencia y contrareferencia, centros reguladores de pacientes, la renovación de instituciones clásicas especializadas en enfermedades crónicas con filiales. No hay otro tipo de proyectos.

## 7. La influencia de los debates teóricos en el proceso del cuidado

Hasta aquí nos hemos referido a los efectos de la crisis del Estado de Bienestar en los sistemas de salud, pero el cambio epocal al que también hemos aludido tiene impacto en los procesos inherentes al cuidado en sí mismo. En este caso la disputa es entre el enfoque del médico hegemónico y los otros planteos sobre la subjetividad que ya hemos presentado, entre ellos, los que surgen del enfoque sistémico. Involucran el vínculo de los médicos y otros profesionales con los pacientes, así como la relación entre los médicos y entre éstos y otros profesionales.

En el vínculo médico-paciente, uno de los primeros antecedentes es el planteo de Balint en 1964 de la idea de “inversión mutua”, en la cual la consulta individual era parte de una serie de encuentros que permitirían conocer mejor la personalidad del paciente, su entorno y que al mismo tiempo significaba para el médico una mayor comprensión de su propia actuación (KABA y SOORIAKUMARAN, 2007). En 1969 dicho autor propone el concepto de la “atención centrada en el paciente”.

Por entonces se creaban dos centros de referencia en los Estados Unidos y el sistema de seguro Kaiser Permanente promocionaba una atención integrada basada en la persona. Acompañando este proceso aparecen los cambios en los planes de estudio y diversos mecanismos de capacitación para pacientes.

En la práctica, en todo el mundo y con diversas intensidades proliferan las encuestas de satisfacción ya analizadas y surge además toda una versión relacionada con la comodidad del paciente y la autoresponsabilización, con buenos resultados aunque también con contraindicaciones en cierto tipo de problemas (ENSENYAT y CIRERA CRIVILLÉ, 2010). También surgen programas con incentivos al buen trato, la escucha, etc u otros que alientan la participación de los pacientes en la planificación y evaluación del tratamiento (RODRÍGUEZ, DACKIEWICZ y TOER, 2014).

Los estudios muestran que se ha logrado mejor comunicación y que esto genera mejoras incluso clínicas (BERTAKIS y AZARI, 2011). Otros dicen que estos

progresos aun son limitados (RECODER, 2011). En las investigaciones se mezclan atributos como intercambio de flujos de información, empatía, imagen profesional, una cierta escucha, etc.

En AL, aunque no sólo, el debate puede adoptar un tono más duro, especialmente desde el sanitarismo crítico. Se plantea que el modelo tradicional entraña una actitud paternalista -peyorativa del médico hegemónico, autoritaria y verticalista. En este enfoque a diferencia de los argumentos que dieron origen al tema, las jerarquías del vínculo se explican por asimetrías sociales y regionales, económicas, profesionales, culturales (FALASCO, 2005). Kaba y Sooriakumaran (2007) se focalizan en la necesidad de lograr un cambio en la mirada del médico, el respeto por las medicinas alternativas, las posibilidades del autocuidado bien entendido, como proceso colectivo, abstracto, multidisciplinario, comprometido, que apunta a un tratamiento consensuado por las partes a partir de la trayectoria propia y en un entorno específico. Esto así no figura en ninguna agenda, salvo las raras excepciones ya mencionadas.

Respecto a la relación entre los médicos y entre éstos y el resto de las profesiones de la salud se instala la idea de colaborar y tener un poder similar entre los profesionales, como un paralelo y una consecuencia del tema que acabamos de analizar, con la misma confusión entre objetivos tan disímiles como coordinar, compartir decisiones formales, lograr vínculos no jerárquicos, reducir costos. Éstos son reflejo de los dos grandes enfoques en pugna.

Fundamentalmente hemos detectado dos grandes estrategias, el aumento de la importancia de la enfermería y el equipo interdisciplinario. Para la primera el mecanismo fundamental es incorporar cada vez más incumbencias a las ya tradicionales, generando diversas categorías profesionales, inclusive un nivel en que el personal de enfermería llega a comandar los servicios o a prescribir medicamentos y tratamientos. Este proceso ha sido acompañado por nuevos procesos formativos a fin de crear las capacidades necesarias. EEUU ha sido pionero en los años 70 con las EPA, Canadá tiene un modelo similar. Luego la figura avanza en Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Holanda, Suecia, Irlanda, España. OMS en 2013 impulsa estas herramientas. Actualmente algunos de estos mecanismos, tímidamente pueden verse en AL, pero esto no debe confundirse con el aumento de las obligaciones y la sobreexplotación, o sea, que este personal se haga cargo de más tareas pero sin el marco planteado y por el mismo sueldo.

¿Y los resultados? No hay dudas respecto a las bondades del seguimiento realizado por el personal de enfermería ( NEUS PADILLA, ROS DEL HOYO, et al., 2011) En lo que hace a la intervención de EPA en actividades más complejas, como sucedía para la evaluación del impacto de la relación médico-paciente, las opiniones estan divididas. Para Van Durme, Schmitz, Cès, Anthierens, Maggi, Delye, De Almeida Mello, Declercq, Macq, Remmen , Aujoulat (2015) todo depende de lo apropiado de la fuerza de trabajo, el diseño y organización del servicios a medida, la claridad de lo que se pide al personal, el nivel de autonomia, el trabajo en equipo y la existencia de un vínculo estructural con las organizaciones que podrían referir

a los beneficiarios, los incentivos financieros, etc. Pereyra y Micha (2016) llaman la atención sobre las dificultades que aun subsisten para que el sistema valore la profesionalización de esta tarea y que ayude a la relación no jerárquica planteada. Vitolo (2012) dice que aunque la jerarquía subsiste, hoy la relación es terreno de disputas mucho más abiertas. Entre las opiniones mencionadas está clara la diferencia de enfoques

El otro aspecto es el equipo de trabajo. En este sentido, muchas opiniones se focalizan en la coordinación (BLUMENTHAL, CHERNOF, FULMER, LUMPKIN y SELBERG, 2016), o en la comunicación como un instrumento de ésta y en este sentido, se resaltan las potencialidades del uso de tics (PROTTI, 2014). En general las herramientas responden a un problema de contratos típico del NI.

En cambio, el discurso radical apunta a la multiprofesionalidad o multidisciplinariedad, es decir, la interacción entre dos o más disciplinas (OPS, 2008). Lo que se plantea aquí es que cada miembro comparta una visión respecto de la labor de sus compañeros de equipo y así se construya un vínculo de interlocución recíproca en un plano de horizontalidad en pos de compartir responsabilidades, tomar decisiones conjuntas, evaluar lo hecho (BAIXENCH, 2012).

Nelson, King y Brodine (2008) dicen que son más los proyectos que buscan coordinar pero que no siempre logran una mejor comunicación, menos aún, relaciones de colaboración. Se necesitan condiciones materiales aptas y un gran cambio de paradigma respecto a lo subjetivo. Vuelve a aparecer la disyuntiva entre los objetivos del NI y del sanitarismo crítico.

## 8. Conclusiones

En el debate de los últimos años alrededor de la salud ya no sobresale la versión extrema inicial del NI, en la UE, OMS/OPS, Cepal, y en buena parte de los autores se asume la importancia de asegurar ciertas garantías en la escala nacional, se considera positiva la descentralización, pero se cuestionan ciertos casos muy preocupantes; nadie confía en la competencia como algo mágico y se exige una rectoría y una participación en la provisión del Estado fuertes, aunque en convivencia con instituciones mixtas. En AL con un sesgo pro estatal y con un rol mayor de los sectores subalternos, de parte de los autores del sanitarismo crítico.

En la práctica, el universalismo subsiste y es un objetivo de la mayor parte de los países. Este derecho es sostenido generalmente por las diversas formas del seguro social público. En todos los países se intentan políticas de distribución de riesgo, mediante paquetes básicos amplios y obturando copagos en ciertos segmentos etarios, socio-económicos o para algunas enfermedades para garantizar equidad. En AL hay problemas financieros que los impiden. Y siempre sujeto al ciclo económico y político.

La descentralización y la mayor competencia local (según el caso) han avanzado aunque aun subsiste y se ha fortalecido la provisión pública tradicional; y esto ha representado un verdadero cambio de escala, lo que impide sostener con

la misma fuerza el discursos universalista, más aun en AL pero también en Italia y España, casos que han sido considerados un gran fracaso. En las reformas, el argumento participativo ha sido importante, pero los logros han sido solo formales, tanto en la escala regional como en los diversos niveles de atención. El sanitarismo crítico cuestiona estos procesos.

En cuanto al desarrollo del primer nivel de atención y las redes, hay coincidencia en ambos enfoques; en el NI como puerta de entrada y coordinación, en el enfoque sanitarista de AL con un fuerte protagonismo de los sectores vulnerables y como estrategia de lucha contra las desigualdades en un marco de respeto por la diversidad, con fuerte rol de los territorios. Lo mismo sucede con los proyectos para implementar la atención centrada en el paciente y los equipos de trabajo. La opción que busca una mayor profundidad en los cambios desde el sanitarismo crítico sólo ha avanzado en casos muy concretos. Habida cuenta de los problemas estructurales existentes, estas visiones son claramente disruptivas y por ende, combatidas o cercadas.

## Referencias

- ALMEIDA FILHO, N.; SILVA PAIM, J. (1999) *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en América Latina en Cuadernos Sociales*. 75en [www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf](http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf)
- ALMEIDA FILHO, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud colectiva*, Buenos Aires, 2(2):, 123-146. [www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista05/3.NaomarAlmeida.pdf](http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista05/3.NaomarAlmeida.pdf)
- BAIXENCH, C. (2012). *¿Trabajamos en equipo los médicos?* Una realidad o solo palabras. Acta méd. Costarric vol. 54 n. 3 San José, Jul./Sep. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022012000300001](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300001)
- BANCO MUNDIAL (1993). *Informe de desarrollo mundial*. Invertir en salud. Washington, D.C. <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
- BATISTA F y MERHY E (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*; 7(1):9-20. Universidad de Lanus. [https://www.academia.edu/31805155/El\\_reconocimiento\\_de\\_la\\_producci3n\\_subjetiva\\_del\\_cuidado](https://www.academia.edu/31805155/El_reconocimiento_de_la_producci3n_subjetiva_del_cuidado)
- BECATTINI, G. y RULLANI, E. (1993), “*Sistema locale e mercato globale, Economia e politica industriale*”, N° 80, en: Becattini, G. (ed), Distretto industriale vs. Settore industriale, en Sviluppo local, Imprese, settori e distretti industrial, Torino, VI 10, pp. 5-15, Rosenberg y Sellier.
- BERTAKIS KD, Azari R (2011) *Patient-centered care is associated with decreased health care utilization en JAm Board Fam Med*. May-Jun;24(3).
- BISANG R y CETRÁNGOLO O (1997) Descentralización de los servicios de salud en la Argentina CEPAL. *Serie Reformas de Política Pública Nro. 47*. Santiago de Chile. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7379>
- BLUMENTHAL, D., CHERNOF, B., FULMER, T., LUMPKIN, J., & SELBERG, J. (2016). Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority. *The New England Journal of Medicine*, 909-977. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1608511>
- BOISIER, S. (2000), Desarrollo (local): ¿de qué estamos hablando?, Estudios Sociales Nro 103, Santiago.

BREILH J (2008) **Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud.** Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud asociación latinoamericana de medicina social. México, 29 de Septiembre - 3 de Octubre. <http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh,%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>.

CEPAL (2006). **La protección social de cara al futuro.** Acceso, financiamiento y solidaridad. Cepal, Montevideo [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2806/1/S2006002\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2806/1/S2006002_es.pdf)

CORAGGIO JL (2009) **Transformar las políticas sociales.** Página 12, 3 de febrero. En <https://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/elpais/1-119412-2009-02-03.html>,

CORAGGIO JL (2013) **La Economía Social y Solidaria:** hacia la búsqueda de posibles convergencias con el Vivir Bien en <https://www.coraggioeconomia.org>

CUEVAS J H (2007) **Salud y Autonomía:** el caso Chiapas. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network.

DE SOUSA SANTOS B (2014) **Democratizar el territorio, democratizar el espacio.** 3 de febrero. <https://marxismocritico.com/2014/02/03/democratizar-el-territorio-democratizar-el-espacio/>.

DE SOUSA SANTOS (2006b) **Conocer desde el sur.** Para una cultura política emancipatoria Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales UNMSM En [www.boaventuradesousasantos.pt/media/Conocer desde el Sur\\_Lima\\_2006.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Conocer%20desde%20el%20Sur_Lima_2006.pdf).

DE SOUSA SANTOS (2010) **Descolonizar el saber, reinventar el poder** *Rditorial Trilce Montevideo.*

DE SOUSA SANTOS, B (2006) **La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias:** para una ecología de saberes, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

DOCTEUR, E., & OXLEY, H. (2003). **Health-Care Systems:** Lessons from the Reform Experience: OECD Publishing . <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/5lgsjhvj7q0q.pdf?expires=1472064548&id=id&accname=guest&checksum=4BD830EBA4C786B85D98AB9A03E2ABAB> dugi-doc.udg.edu:8080/bitstream/handle/10256/8787/Analisis-convergencia-.

Ensenyat G y Cirera Crivillé L (2010) El valor económico del autocuidado de la salud. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) (UPF).

ESCOBAR, M., GIEDION, U., ACOSTA, O., CASTAÑO, R., PINTO, D., RUIZ GÓMEZ, F. (2010). Diez años de reformas del sistema de salud: lecciones sobre el financiamiento de la salud. En Glassman A, Escobar M, Giuffrida A y Giedion U. **Salud al alcance de todos**. Una década de expansión del seguro médico en Colombia. BID y The Brookings Institution NY <https://publications.iadb.org/handle/11319/426>

**Escobar**, A. (2000) El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿globalización o postdesarrollo?. En libro: La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Edgardo Lander (comp.) CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina. Julio En <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/escobar.rtf>

ESCOBAR, A. (2014) **Sentipensar con la tierra** : nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA, Medellín. En [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf\\_460.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf)

EUROPEAN COMMISSION. (2007). White Paper. **Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013** . Bruselas. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)

FALASCO, M. (2005). Relación médico-paciente: Jerarquización de la autonomía del paciente. **Acta bioquím. clín. latinoam.** v.39 n.2 La Plata , [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-29572005000200012](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572005000200012)

GARRAFA, V.; MANCHOLA, C. (2017). **Bioética y asimetría (negativa) de poder**: explotación, desigualdad y derechos humanos. 30/8 en <https://aldiaargentina.micro-juris.com/2017/08/30/bioetica-y-asimetria-negativa-de-poder-explotacion-desigualdad-y-derechos-humanos-garrafa-volnei-manchola-camilo/>

GEISSE, G. CORAGGIO, J. L. (1972), "Áreas metropolitanas y desarrollo nacional", en: Hardoy J.E. y Geisse G., **Políticas de desarrollo urbano y regional en América Latina**, Quito, SIAP.

GIOVANELLA, L., FEO, O., FARIA, M., & TOBAR, S. (2012). **Sistemas de salud en Suramérica**: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS-UNASUR, Río de Janeiro. [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/publicaciones/Sistemas de Salud en America del Sur.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/publicaciones/Sistemas%20de%20Salud%20en%20América%20del%20Sur.pdf).

GRABOIS, J. (2013) Capitalismo de exclusión, periferias sociales y movimientos populares. Workshop Emergenza Esclusi. **The Emergency of the Socially Excluded Pontifical Academy of Sciences**, 5 diciembre, Vatican City 2013 [www.pas.va/content/dam/accademia/pdf/sv123/sv123-grabois.pdf](http://www.pas.va/content/dam/accademia/pdf/sv123/sv123-grabois.pdf)

HART, M., Y NEGRI, A. (2005). **Imperio**. Paidós. Buenos Aires

HARVEY D. (1996), **Justice, nature and the geography of difference**, Gran Bretaña, Blackwell Publishers.

- HARVEY, D. (1998), *La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- HINKELAMMERT, F. (1998) *El grito del sujeto. Del teatro-mundo del evangelio de Juan al perro-mundo de la globalización*, 2 ed., San José, Costa Rica, DEI.
- OLLOWAY J (2002) *Cambiar el mundo sin tomar el poder*. El significado de la revolución hoy. Buenos Aires:Herramienta Ediciones/Universidad Autónoma de Puebla  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/coediciones/20100825033033/2CapituloI.pdf>
- IANNI, O. (1998), *La sociedad global*. Mexico, Siglo XXI
- ABA, R.; SOORIAKUMARAN, P. (2007) The evolution of the doctor-patient relationship International. *Journal of Surgery* 5, 57 e 65.
- LASH, S.; URRY, J. (1994), *Economías de signos y espacio*, Buenos Aires, Amorrortu.
- BREILH, J. (1999) *Nuevos paradigmas en la salud pública*. Reunión Internacional. Centro internacional de investigaciones para el desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el ambiente. Organización Panamericana de la Salud-Escuela nacional de salud pública –Fiocruz, Rio de Janeiro, noviembre.
- LASH, S. (1990), *Sociología del posmodernismo*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- LEBORGNE, D.; LIPIETZ, A. (1994), “Flexibilidad ofensiva, flexibilidad defensiva. Dos estrategias sociales en la producción de los nuevos espacios económicos”, *en*: Benko, G y Lipietz, A. (ed), Las regiones que ganan. Distritos y redes. Los nuevos paradigmas de la geografía económica, Diputació provincial de Valencia, Edicions Alfons El Magnanim, Generalitat Valenciana.
- LIPIETZ A. (1987), *Miragens e Milagres. Problemas da industrializacao do Terceiro Mundo*, San Pablo, Nobel.
- MACINKO, J., STARFIELD, B., & SHI, L. (2007). Quantyfing the health benefits of primary care physician supply in the United States. *International Journal of Health Services*, Volume 37, Number 1., 111–126. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17436988>
- MANZANAL, M. (2006) Descentralización y Municipiosen Argentina. Contrastes y contradicciones. Crítica en Desarrollo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*. Nº 1, primer semestre 2006, ISSN 1851-4472, P.37-60, Buenos Aires En [www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/geo/pert/Manzanal Critica en D.pdf](http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/geo/pert/Manzanal%20Critica%20en%20D.pdf)
- March. WHO, Background to the Health Systems Knowledge Network [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/autonomy\\_mexico\\_2007\\_es.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf).

MAYNOU, L., SAEZ, M.; BACARIA, J. (2013) ANÁLISIS DE CONVERGENCIA DE LAS REGIONES DE LA ZONA EURO (1990-2010). *Ekonomiaz*. N.º 82, 1er cuatrimestre,

MEDINA, A., & NARODOWSKI, P. (2015). Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Fahce .

MORENO, L. DEL PINO, E. MARÍ-KLOSE, P. MORENO-FUENTES, F. (2014) Los sistemas de bienestar europeos tras la crisis económica. *Eurosocial Colección estudios*. Nro 3, Madrid. [sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1400662339-E3.pdf](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1400662339-E3.pdf).

MORO, G. (2000), “I fattori sociali dello sviluppo, Capitale sociale, fiducia e teoria della relazionalità”, *Studi di sociologia*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, pp. 151 – 170.

NARODOWSKI, P. (2008) *La Argentina Pasiva. Desarrollo, subjetividad, instituciones, más allá de la modernidad*. El desarrollo visto desde el margen de una periferia, de un país dependiente?. Buenos Aires: Prometeo.

NARODOWSKI, P. (2018) *Sistemas de salud comparados. Informe de Investigación* (Mimeo).

NELSON, G., KING, M., & BRODINE, S. (2008). Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units. *MEDSURG Nursing*—February 2008, 35-41 [https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ\\_Nelson\\_17\\_01.pdf](https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ_Nelson_17_01.pdf)

NEUS PADILLA, M. ROS DEL HOYO, M. RAVENTÓS CASTANY, A. ESCRIBANO RUEDA, V., LUENGO CASCUDO, C. FABRELLAS PADRÉS, M. MARTÍ AGUASCA, M.L. (2011) Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardiaca; en *Metas de Enferrn*, abr,14(3).

OPS, (1988). Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud en la transformación de los. *Sistemas Nacionales de Salud*. Documento CD33/14. Resolución XV. XXXIII del comité Directivo, Washington, D.C., 30 de septiembre [iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6790/25049.pdf?sequence=1&isAllowed=](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6790/25049.pdf?sequence=1&isAllowed=).

OPS, (1998). *Transformaciones del sector salud en la Argentina estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*. [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub48.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub48.pdf)

OPS, (2003). *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. [http://www.paho.org/PAHO-USAID/documents/extension/ESLAC\\_esp.pdf](http://www.paho.org/PAHO-USAID/documents/extension/ESLAC_esp.pdf)

OPS (2008) *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington2008 [new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf).

OPS (2010). “*Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*”.[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250).

ORTIZ, R. (1996), Otros territorios. Ensayos sobre el mundo contemporáneo, Buenos Aires, *Red de editoriales de universidades nacionales*, Universidad Nacional de Quilmes.

PEREYRA, F. MICHA, A. (2016). *La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud*. Salud colectiva Nro 12(2) | Universidad Nacional de Lanús <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n2/221-238/es>

Pradilla, E. (1982), Ensayos sobre el Problema de la Vivienda en América Latina, México, UNAM.

Protti, D. (2008). *E-Health in Canada: Lessons for European health systems*. Eurohealth Vol. 14, No 3, 30-36.

<http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol14No3/Protti.pdf>

RECODER, M. L. (2011) *Médicos, pacientes y consultorios*. Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/Sida Runa vol.32 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./jun. [www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-96282011000100004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282011000100004).

RODRÍGUEZ, J., DACKIEWICZ, N., & TOER, .. D. (2014). *La gestión hospitalaria centrada en el paciente*. Archivo argentino de pediatría. vol.112 no.1 Buenos Aires febrero, <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a10.pdf>.

ROVERE, M. ( 2002) *Gestión Estratégica de las Organizaciones de Ciencia y Tecnología en Salud Centro de estudios Estado y Sociedad SEMINARIO III* – Junio En [https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/08/gestionorgsct\\_rovere2.pdf](https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/08/gestionorgsct_rovere2.pdf).

ROVERE, M. (1999). Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. *Secretaría de Salud Pública/AMR*, Instituto Lazarte. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>.

ROVERE, M. (2004). *La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto*. Ministerio de Salud República Argentina [http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf\\_Comun/Rovere.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf).

RULLANI, E. (1998), “Trasformazioni produttive e trasformazioni delle istituzioni”, Sviluppo local, *Le trasformazioni istituzionali*, V 8, Torino, Rosenberg y Sellier, pp. 5-46.

SHORTELL, S. (2006). *Integrated Health Systems: Promise And Performance*. School of Public Health, University of California-Berkeley. <https://www.hks.harvard.edu/m-rcbg/hcdp/readings/Integrated%20Health%20Systems%20-%20Promise%20and%20Performance.pdf>.

SILVA PAIM, J. (2009) *Medicina comunitaria*: introducción a un análisis crítico. Salud colectiva vol.5, n.1. En: [www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100008&lng=es&nrm=iso)>.

SOJO, A. (2000). *Reformas de gestión en salud en América Latina*: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Cepal, Serie Políticas sociales Nro 39, Santiago [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5970/1/S0007589\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5970/1/S0007589_es.pdf).

SOJO, A. (2006). La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. *Cepal Serie Estudios y perspectivas* Nro 44, México DF [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4966/1/S060050\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4966/1/S060050_es.pdf).

STARFIELD B. (1998) *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998.

STORPER, M. (1997), *The Regional World. Territorial Development in a Global Economy*, Nueva York, The Guilford Press.

UBIETO, J. R. (2011) Jaques Lacan, un inclasificable. *La Revista del COPC* n° 232, octubre-noviembre 2011 En [blog.elp.org.es/839/jacques-lacan-un-inclasificable-jose/](http://blog.elp.org.es/839/jacques-lacan-un-inclasificable-jose/).

UBIETO, J. R. (2015) Pasión por tener un síndrome. La Vanguardia. *Tendencias*, 2 de setiembre. En [joseramonubieto.blogspot.com/2015/09/pasion-por-tener-un-sindrome.html](http://joseramonubieto.blogspot.com/2015/09/pasion-por-tener-un-sindrome.html).

UBIETO, J. R. (2018) *¿Todo el mundo es loco?*. La vanguardia 13 abril [joseramonubieto.blogspot.com/2018/04/todo-el-mundo-es-loco.html](http://joseramonubieto.blogspot.com/2018/04/todo-el-mundo-es-loco.html).

URBIETO, J. R. (2007) Modelos de Trabajo en Red en *Revista Educación Social*, Nro 36, España <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/165566/372129>.

VAN DURME, T. SCHMITZ, O. CÈS, S. ANTHIERENS, S. MAGGI, P. DELYE S, DE ALMEIDA MELLO, J. DECLERCQ, A. MACQ, J. REMMEN, R. AUJOUAT, I. (2015) A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: results from a multiple, embedded case study. *BMC Geriatric*. Nro 67.

VERGARA ESTÉVEZ, J. (2002) La contribución de Hinkelammert a la crítica latinoamericana al neoliberalismo. Polis, **Revista latinoamericana** 2 en <https://journals.openedition.org/polis/8011>

VITOLLO, F. (21012) Relacion medico-enfermera. Esencial para la seguridad del paciente. **Biblioteca virtual Noble**, junio.

WHO. ( 1985). **Targets For Health For All**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/109779/WA\\_540\\_GA1\\_85TA.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf).

WHO. (2005). **The Health for All policy framework for the WHO European Region.**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98387/E87861.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf)

WHO Y ALIANZA PARA LA INVESTIGACIÓN EN POLITICAS DE SALUD (2009) Aplicación del pensamiento sistémico a la gestión de los servicios de salud. **World Health Organization**. Ginebra [digicollection.org/hss/documents/s16870s/s16870s.pdf](http://digicollection.org/hss/documents/s16870s/s16870s.pdf)

