

Oswaldo Artaza y Claudio A. Méndez (eds.)

Sistemas y Servicios de Salud

Centrados en las Personas y sus Comunidades

Ediciones  UACH

Colección Austral Universitaria de Ciencias de la Salud





Universidad Austral de Chile

Conocimiento y Naturaleza

Oswaldo Artaza y Claudio A. Méndez (eds.)

Sistemas y Servicios de Salud

Centrados en las Personas y sus Comunidades

Ediciones  UACH

Colección Austral Universitaria de Ciencias de la Salud

Esta primera edición digital de

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD CENTRADOS EN LAS PERSONAS Y SUS COMUNIDADES
de Osvaldo Artaza y Claudio A. Méndez (eds.)

se terminó de producir en enero de 2022
en Ediciones Universidad Austral de Chile

 (56-63) 2444338
www.edicionesuach.cl
Valdivia, Chile

Dirección editorial
Yanko González Cangas

Cuidado de la edición
César Altermatt Venegas

Diseño y maquetación
Silvia Valdés Fuentes

Todos los derechos reservados.
Se autoriza su reproducción parcial para fines periodísticos
debiendo mencionarse la fuente editorial.

© Universidad Austral de Chile, 2022
© de los editores y autores, 2022

ISBN: 978-956-390-186-3

Contenido

Rector (s), Dr. Óscar Balocchi Leonelli

Prólogo Universidad Austral de Chile 8

Rectora, Pilar Romaguera Gracia, PhD

Prólogo Universidad de Las Américas 11

Mario Cruz-Peñate y Fernando Leanes

Prólogo Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Chile 13

Introducción 15

PRIMERA PARTE:

Sistemas y paradigmas 22

Ricardo Oyarzún

Sistemas de salud basados en las personas y sus comunidades: las posibilidades filosóficas y las preguntas antropológicas 23

Claudio A. Méndez, Javiera S. Illanes y Arturo Vargas-Bustamante

Los Sistemas de Salud: ¿Cuál es el aporte para el logro de comunidades saludables? 38

Carmen Gloria Muñoz

La acción colectiva en salud: un ejercicio de conciencia, paciencia y resistencia de participación social 48

SEGUNDA PARTE:

Derecho y salud centrado en las personas 61

Oswaldo Artaza

Derecho y salud para personas y sus comunidades 62

Yanira Zúñiga Añazco

Ciudadanía biológica y autonomía 81

Leticia Morales

Judicialización del derecho a la salud 102

TERCERA PARTE:

**Modelo de atención centrado en las personas
y sus comunidades 118**

Oswaldo Artaza y María Begoña Yarza

**Modelo de atención centrado en las personas y
sus comunidades 119**

Johanna Aguilera, María Begoña Yarza y Oswaldo Artaza

**Aspectos que considerar en el tránsito hacia un modelo
centrado en las personas y sus comunidades 147**

Patricio Wolff, María Begoña Yarza, Cristian Julio

**Tecnologías de la Información como articuladoras de un
Modelo persona céntrico 176**

CUARTA PARTE:

**Elementos esenciales de un modelo centrado
en las personas 187**

Oswaldo Artaza, Hilda Márquez y Guillermo Williams
Calidad en salud, personas y comunidades 188

Oswaldo Artaza y Ernesto Báscolo
**Gobernanza para servicios centrados en las personas
y sus comunidades 212**

Jacques Girard, Javier Santacruz, Carolina Tetelboin, María Soledad
Barría, Daniela Álvarez, Fernando Tomasina y Arnaldo Medina
**La formación del recurso humano para sistemas centrados
en las personas, familias y comunidades 234**

Conclusiones 265

Prólogo Universidad Austral de Chile

Rector (s), Dr. Óscar Balocchi Leonelli

S*istemas y servicios de salud centrados en las personas y sus comunidades* es un esfuerzo editorial que congrega a académicos y gestores del ámbito de la salud, el derecho y las ciencias sociales de diversos países y que intenta contribuir al diálogo y al debate —desde una mirada amplia e interdisciplinar— de quienes trabajan por materializar el derecho universal a la salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. De quienes lo hacen desde el primer nivel de atención con mirada de población y territorio, de quienes laboran en establecimientos hospitalarios, de quienes forman a futuros profesionales y técnicos de la salud, de quienes trabajan estudiando académicamente las políticas y los sistemas de salud y a quienes laboran gestionándolos.

El enfoque al cual pretende contribuir la publicación se basa en relevar que salud, uno de los derechos humanos más esenciales, no solo es más que la mera ausencia de enfermedad, sino que el logro del bienestar. Siendo un constructo social, debe comprender las múltiples dimensiones de lo humano, desde una mirada sistémica y comprensiva de los procesos sociales, económicos, políticos y culturales. Lo anterior, que pareciera una declaración aceptada universalmente, lamentablemente dista mucho de traducirse en realidad, dado que el paradigma hegemónico sigue siendo curativo y hospitalo céntrico, por lo que los sistemas y servicios que de dicho paradigma se desprenden siguen, a pesar de los

esfuerzos de muchos, tratando a las personas como clientes en un mercado de prestaciones, o como sujetos pasivos de asistencialismo. Desde el paradigma predominante, los modelos de atención siguen centrados en la enfermedad y mirando fragmentadamente las necesidades humanas, separando «órganos enfermos, patologías» de las demás dimensiones comprendidas en el logro del mayor nivel de calidad de vida posible.

Este libro, desde su título, nos provoca a observar que los servicios de salud aún no completan una necesaria transición a comprender a las personas como sujetos de derechos, que no solo tienen una autonomía que se debe respetar, sino que como individuos sociales que se vinculan en un territorio tienen un papel protagónico que desempeñar en conjunto con diversos actores y los propios servicios de salud en co-constituir contextos para una vida buena y saludable.

Los desafíos son gigantescos para un proceso de transformación que está en sus inicios. De «órgano enfermo» y servicios fragmentados y capturados por visiones distintas a la de las necesidades de las personas, a redes de colaboración entre muchos actores que se organizan, estructuran y continuamente se rediseñan, para responder integralmente a dichas necesidades, con la participación —clave y central— de las propias personas y sus comunidades.

La primera sección de esta publicación inicia con reflexiones sobre el origen epistemológico del paradigma imperante, reflexiones sobre los sistemas de salud en la actualidad y sobre las claves de los procesos participativos y de acción colectiva en salud. En la segunda sección se debate sobre la conceptualización del derecho a la salud en las políticas públicas y hay observaciones desde el Derecho, sobre ciudadanía social, ciudadanía biológica y biopolítica, del impacto de los cambios legislativos sobre derechos y deberes, específicamente sobre el consentimiento informado; y observaciones sobre el creciente fenómeno de judicialización en salud. En la tercera sección, se discute sobre los fundamentos y características con los que debe contar un modelo de atención efectivamente centrado en las personas y sus comunidades, así como del complejo proceso de cambio que debe fortalecerse para transformar los sistemas. La cuarta sección aborda elementos esenciales del nuevo modelo, la calidad como objetivo y como instrumento de cambio continuo,

la gobernanza que requieren establecimientos, redes y sistemas de salud, la formación de los profesionales de la salud para sostener prácticas orientadas a resolver integralmente necesidades de personas y sus comunidades. Finalmente, en las conclusiones, los autores —con amplia experiencia y conocimiento del primer nivel de atención— nos compar-ten lecciones aprendidas y su visión sobre aspectos medulares a considerar a la hora de generar transformaciones efectivas.

La agregación de valor que intenta esta publicación, producto de muchas conversaciones y debates entre personas de diversos países, en distintas posiciones en los sistemas de salud, es contribuir al debate en torno a distintos aspectos que han obstaculizado, pero también sobre los que podrían facilitar una transformación de los servicios de atención desde lo fragmentado y curativo a servicios integrales centrados en las necesidades de las personas y las comunidades.

Prólogo Universidad de Las Américas

Rectora, Pilar Romaguera Gracia, PhD

El proyecto colaborativo *Sistemas y servicios centrados en las personas y sus comunidades* representa un esfuerzo académico interdisciplinario que problematiza los paradigmas de la salud, basados en la enfermedad y el asistencialismo, y busca respuestas para que los sistemas de salud se orienten efectivamente hacia las personas y sus comunidades.

En la búsqueda de construir nuevos paradigmas que posibiliten la centralidad de las personas y sus comunidades en los sistemas y servicios de salud, este libro plantea interesantes debates: sobre la institucionalidad necesaria para garantizar los derechos en el área de la salud; sobre cómo se puede establecer un mayor equilibrio para la toma de decisiones entre quienes diseñan las políticas, quienes brindan los servicios de atención y quienes los reciben; sobre los elementos clave para una gobernanza de los sistemas en que los ciudadanos tengan una incidencia efectiva; sobre cómo hacer que la calidad y la tecnología se adapten para la mejora continua, y sobre cómo formar a quienes trabajan en salud, para que en lugar de defensores del status quo, sean agentes de cambio.

Las lecciones que nos deja el profundo impacto de la pandemia de COVID-19, la cual ha expuesto nuestras fragilidades, junto a las crisis políticas y sociales que han sacudido a varios países latinoamericanos

en los últimos años, nos obligan a plantear nuevas transformaciones en los sistemas de salud, que consideren una mayor orientación hacia las necesidades de las personas y sus comunidades, junto con una participación protagónica de ellas.

Ante los desafíos descritos, es esencial el aporte de las universidades sobre la base de su compromiso de responsabilidad social. Ello tiene múltiples dimensiones, por una parte, formar profesionales críticos y éticos, con capacidades para participar interdisciplinariamente en procesos de transformación social; y por otra, generar conocimiento a través de la investigación científica aplicada y propiciar espacios plurales para el diálogo y el encuentro de saberes y cosmovisiones, que posibiliten cambios culturales y políticas públicas sostenibles para el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Entre sus valores institucionales, Universidad de Las Américas destaca el compromiso comunitario. Entiende que la orientación comunitaria y el compromiso de sus estudiantes y egresados se fortalecen a través del vínculo con diversos sectores de la sociedad, la interacción con grupos diversos de pares, la discusión de asuntos públicos y sociales al interior de organizaciones, entre otros aspectos. Este enfoque permite fortalecer la formación de sus estudiantes y egresados, poniendo como centro del desarrollo de este valor, la generación de instancias en las que promuevan la búsqueda de soluciones de manera participativa, resguardando así el involucramiento de los miembros de la comunidad y la promoción de su desarrollo y bienestar. Desde esta perspectiva, la presente publicación liderada por los profesores Artaza y Méndez, reconocidos y prestigiados especialistas en salud pública, resulta de especial interés para estudiantes y egresados del área de la Salud, así como para profesionales e investigadores involucrados con el bienestar con sentido comunitario. Por ello, saludamos y nos sumamos con entusiasmo a este esfuerzo en la búsqueda de soluciones inclusivas y efectivas, en ámbitos tan sensibles del bienestar humano, como son los sistemas y servicios de salud en América Latina y el Caribe.

Prólogo Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Chile

Mario Cruz-Peñate¹ y Fernando Leanes²

El derecho a la salud es uno de los valores de la estrategia de Atención Primaria de Salud, que mantiene su vigencia cuarenta años después de la Declaración de Alma Ata de 1978. Su acceso y cobertura universal son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Para seguir avanzando en ese camino de hacer del derecho a la salud una realidad para todos y todas, en cualquier parte, en 2014, los estados miembros de la OPS/OMS adoptaron la Estrategia Regional para el acceso y cobertura universal de salud; una de cuyas líneas de acción es «ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades».

Tal como lo recomienda la Comisión de Alto Nivel «Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata» entre otras medidas, es preciso desarrollar modelos de atención basados en la atención primaria de salud, APS, generar mecanismos de participación social, reposicionar la salud pública y valorar los recursos humanos como protagonistas de la APS. Por otro lado, a partir de la presentación del Informe de dicha comisión en 2019, la Dra. Carissa Etienne, directora de la OPS, hizo un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región

.....
1 Asesor Sistemas y Servicios de Salud.

2 Representante.

para lograr la salud universal y los ODS en el 2030: el Pacto 30-30-30 APS para la Salud Universal.

Este es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho y que universal significa universal, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras. Esto requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud de la Región, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30 % como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6 % del producto interno bruto, e invertir al menos el 30 % de estos recursos en el primer nivel de atención.

En este contexto, es de vital importancia trabajar en el desarrollo de los recursos humanos para la salud con un enfoque interprofesional; formar profesionales y técnicos comprometidos con el derecho a la salud y conocedores del valor de la APS como estrategia de transformación de los sistemas, de organización de la prestación de servicios de salud, de búsqueda de soluciones para reducir las brechas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante el trabajo intersectorial; y con competencias para la atención centrada en las personas en el ámbito comunitario y de los servicios de salud.

La Representación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Chile, ve con beneplácito la publicación de «Sistemas y servicios de salud centrados en las personas y sus comunidades» y considera que contribuirá de manera muy positiva al desarrollo de los equipos de salud en todos los aspectos antes mencionados.

Introducción

Esta publicación se escribió antes del inicio de la pandemia COVID-19, que visibilizó todas las vulnerabilidades de nuestros sistemas de salud. La pandemia hizo aún más evidente las grandes diferencias evitables en los resultados de salud entre diferentes grupos según el nivel socioeconómico, la etnia, el género y el hábitat. Estas mismas diferencias están en el basamento de los movimientos sociales que han sacudido a varios países latinoamericanos en los últimos tiempos. Estas crisis sociales y políticas, junto con las lecciones que nos deja la pandemia, nos obligan a generar nuevas transformaciones en los sistemas de salud, que apuntan hacia una mayor equidad y una reorientación de las políticas de salud hacia las necesidades de las personas y sus comunidades. Sin duda que este libro cobra renovada importancia luego de las profundas consecuencias de la crisis sanitaria.

El presente título es un esfuerzo plural e interdisciplinar de académicos y gestores interesados en las políticas públicas, quienes desde diversas experiencias y realidades intentan dialogar sobre los desafíos para que los sistemas de salud estén efectivamente orientados a resolver integralmente las necesidades en salud de las personas. Desde Chile, Argentina, Uruguay, México y Canadá, uniendo reflexiones de varias universidades de las Américas, se problematizan los paradigmas existentes y se buscan de modo colectivo respuestas a los obstáculos que dificultan

los cambios. Desde una mirada antropológica, desde las ciencias jurídicas de la salud pública y desde la gestión de los servicios, se observa la instalación de un modelo hegemónico de comprender la relación salud y enfermedad, que pone foco en «órganos», en «patologías», de manera desarraigada del multiverso de dimensiones y requerimientos de la complejidad del ser en sí mismo y del ser con otros. Paradigma que es funcional tanto a una respuesta vertical, paternal y asistencialista, que toma el control del «paciente», como también de la respuesta del negocio lucrativo de la salud que incentiva al «cliente» para que consuma soluciones. Ambas, no comprenden cabalmente a la persona como sujeto de derechos en salud; no entienden la integralidad de la persona, el determinismo social del buen vivir y lo esencial que es para el bienestar y la calidad de vida el despliegue del modo más propio de lo humano de construir nuevas realidades más saludables.

En la búsqueda de construir nuevos paradigmas, que faciliten la centralidad de las personas y sus comunidades en los sistemas y servicios de salud, se expresan conversaciones sobre la garantía de derechos en el acceso a la atención de salud, en sociedades profundamente inequitativas, donde una fuerte exclusión social es la realidad de muchos países de las Américas. También, se debate sobre cómo se puede enfrentar el desbalance de poder entre quienes diseñan las políticas, controlan los mercados, prestan servicios de atención y quienes los reciben; sobre elementos claves para una gobernanza de los sistemas en que los ciudadanos tengan efectiva injerencia; sobre cómo modelar los servicios hacia las personas y sus comunidades; sobre cómo hacer de la calidad y de las tecnologías herramientas para el cambio, y sobre cómo formar a quienes trabajarán en salud, a objeto de que sus capacidades y comprensión cultural facilite la transformación más que el *status quo*.

Las respuestas son múltiples a realidades complejas: estrategias orientadas a dar poder a las personas; a fortalecer la asociatividad y la vida en comunidad, para que las personas y sus comunidades puedan tomar la responsabilidad protagónica en la construcción de contextos para el buen vivir. Donde quienes trabajamos en salud seamos colaboradores a co-cuidados, a inter-cuidados, generados desde las mismas personas y sus comunidades para la superación de las múltiples formas

de captura: clientelar (por intereses político partidista de corto plazo), lucrativa (del negocio de la salud), corporativa (de los intereses de los distintos incumbentes), y paradigmática (la que no acepta la convivencia de las diversas cosmovisiones en salud).

Durante las últimas décadas, intentando responder a que millones de personas aún continúan sin acceso a servicios esenciales de atención, se han ensayado diversas reformas. Las transformaciones del sector salud y su adaptación a los requerimientos del entorno se han dado como parte de contextos económicos, sociales y políticos desde diversas visiones ideológicas, que comparten, eso sí, un similar paradigma biomédico. Reformas que han buscado con distintas herramientas mejorar resultados sanitarios, mejorar el acceso a los servicios de atención, la eficiencia, la calidad y la equidad en la organización y entrega de los servicios. Todo ello con resultados disímiles e insuficientes. Las reformas, más allá de contenidos técnicos y programáticos en su diseño e implementación, son un hecho político que implica gobernanza de actores y grupos de diversos intereses en contextos específicos. Como se sabe, la política de salud comprende las decisiones de política de los gobiernos, la influencia de las entidades supranacionales y la gobernanza que permite modular el curso de las acciones afectando al conjunto de actores, instituciones, organizaciones, servicios y ajustes financieros del sistema de atención a la salud. En los países de América Latina se han sucedido variados procesos de reformas, de tipo universalistas con base en la ampliación de oferta; de aseguramiento basada en conjuntos de beneficios; y otras claramente de mercado. Independientemente del signo político, los sistemas de salud siguen en gran medida reproduciendo las limitaciones reduccionistas del modelo biomédico hegemónico imperante y el nivel de inequidad existente en la sociedad en que están insertos.

El cambio de perfil epidemiológico y demográfico ha modificado, y lo seguirá haciendo, el tipo de necesidades de las personas. El aumento de la sobriedad, los cambios culturales de estilo de vida y de modo de comprender la realidad, no solo conllevan más padecimientos crónicos y múltiples, sino personas que interpretan distinto los contextos, que perciben de nuevas maneras su corporalidad y su relación con los servicios

de atención. Todo ello hace cada vez más difícil el abordar problemas crónicos y de naturaleza más compleja, con el enfoque tradicional de problemas de salud agudos y episódicos.

En el plano político asistimos a un proceso todavía inacabado de democratización. Ello se ha dado en el marco de un proceso continuo de reforma y reconversión del Estado. Fuimos dejando de lado al Estado que todo lo puede y es dueño de todo. Asistimos a una descentralización incompleta del Estado y de los organismos públicos y a la emergencia de un papel cada vez más importante del sector privado, en mayor o menor grado en casi todos los países. Simultáneamente, el Estado —con diversos grados de éxito— ha estado tratando de asumir, con muchas limitaciones, sus roles indelegables de garante de los derechos ciudadanos, de factor de cohesión social y de articulador colectivo de proyectos nación. Para ello, trata de fortalecer su poder rector y regulador, lo que implica un proceso de transformación muy profundo que requiere de cambios estructurales y de cultura, que aún está lejos de culminar con éxito.

En el plano de la ciudadanía, crece con fuerza la noción de derechos sociales y la exigencia de soluciones inmediatas. La asociatividad como tradicionalmente se entendía se fragiliza. Surgen y desaparecen, con gran rapidez, movimientos de gran intensidad modulados por las redes sociales y muy ligadas a situaciones coyunturales que cohesionan a determinados grupos de interés en relación con intereses puntuales y generalmente de corto plazo. Demandas crecientes, exigencia de inmediatez y una creciente desconfianza y descrédito en las instituciones y en la política tradicional abren escenarios de cierta incertidumbre. Entre todo, las personas ya no aceptan el mal trato y una percepción de «abuso» por parte de las elites crece y se instala en la medida de que los derechos de las personas no se respetan.

Por otra parte, los cambios tecnológicos y el efecto de las redes sociales en el manejo de la política y de las comunicaciones parecieran instalar un escenario en que las demandas no solo son percibidas como infinitas, sino todas posibles y exigibles de modo ilimitado, en paralelo a que la resolución de lo que se demanda ya no está radicado en el espacio del trabajo y del esfuerzo de la propia persona con su comunidad, sino que afuera de este, colocando los individuos, fragilizados en sus nexos

comunitarios estables, la responsabilidad por sus demandas en un externo proveedor. La no satisfacción de las demandas genera rabia, una mayor desafección y condiciones para formas de vinculación violentas y desconfiadas en la vida en sociedad.

Relacionado con los nuevos contextos, la gestión pública también queda en cuestión. De forma aún incipiente, un concepto más democrático de las políticas y gestión públicas pugna por abrirse espacios —aún tímidos— a nuevas formas de participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos (muchas veces dicha participación sigue siendo más que nada utilitarista o clientelar). La administración de lo público ya no debería ser cuestión exclusiva de la burocracia estatal, sino de toda la sociedad. En el sector de la salud, la gestión de las políticas públicas implica no solo asegurar universalmente acceso a servicios de calidad, sino sobre todo actuar, en conjunto a las personas y sus comunidades, como garante de la resolución integral de las necesidades de personas y sus comunidades, y conseguir, con el concurso de los ciudadanos, que los servicios provistos sean valorados por ellos.

La mayoría de los países declaran compartir la visión de que los sistemas de atención deben asegurar acceso equitativo y salud universal a todos sus ciudadanos, lo que implica buena atención de la salud de acuerdo con las necesidades y no a la capacidad económica de las personas, bajo iguales condiciones para todos, sin importar las circunstancias sociales, de género, etnia, o en qué parte del país habitan. Asimismo, declaran de alguna forma el «derecho a la salud» en sus constituciones. Concordamos entonces en lo declarativo, siendo evidente que la distancia entre lo que se señala en discursos, cuerpos legislativos y hasta en las constituciones, dista mucho de la realidad, distancia que persiste porfiadamente. Es así como muchos interpretaron a la Atención Primaria a la Salud como «servicios pobres para los pobres», interpretación nada más alejada al espíritu de Alma Ata. Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de «Salud para todos» y a la estrategia, también social y política, de la «atención primaria de salud», se han ido profundizando con el tiempo dado a la persistencia en las Américas de grandes inequidades, al predominio de la visión médica curativa y a la

escasa participación social en los sistemas de salud. Por ello, en el concierto internacional se ha insistido con renovar llamados a la acción en distintos foros, tal como sucediera recientemente en Astaná con motivo de los cuarenta años de la conferencia de Alma Ata, o en el esfuerzo de la Comisión de Alto Nivel «Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata» que convocara la directora de OPS al objeto de que se efectuaran propuestas para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas.

La conmemoración de los cuarenta años de Alma Ata, sin duda, convocó a diversos grupos a indagar sobre las razones que han dificultado una efectiva mirada de promoción y prevención, de participación social, de acción de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo, desde los territorios con y para las comunidades; para superar los factores subyacentes que obstaculizan la materialización del derecho a la salud. Desafortunadamente dichas reflexiones se efectuaron de la manera clásica con que suele desarrollarse las propuestas político-técnicas, sin permear ni involucrar a la ciudadanía. La dificultad y el riesgo que esto conlleva es que en cuarenta años más, volvamos a mirar hacia atrás y observemos que lo avanzado aún es insuficiente.

Es evidente que el desafío es complejo, por tanto, no acepta interpretaciones lineales ni soluciones parciales. Los múltiples ámbitos para acometer en simultáneo guardan relación con lo que hace casi dos siglos señalaba Rudolf Virchow, en referencia a que salud es una construcción social y que la política no es más que salud en una escala más amplia. Por ello, los esfuerzos guardarán relación con procesos colectivos a desarrollar de manera permanente, para el logro de sociedades más inclusivas y equitativas, donde la persona humana como co-constructor de nuevas realidades, pueda convivir en plena armonía consigo mismo, con otros y el ambiente. En paralelo, deberemos contribuir a generar cambios en la siguientes líneas: a) que el modelo biomédico se permee a una mirada integradora del multiverso de lo humano; b) que los servicios de atención se estructuren efectivamente desde el territorio, haciendo que las personas y sus comunidades —ya habiendo recibido el poder que les pertenece— tomen un rol protagónico, y c) logrando que quienes trabajamos en salud seamos serviciales y empáticos

colaboradores, que apoyen desde sus experticias a la implementación conjunta de políticas, planes, programas y actividades compartidas.

Está claro que lo anterior requerirá de diferentes condiciones estructurales, institucionales y de cultura. Por ello, esta publicación intenta contribuir al abordaje del gran desafío que los servicios estén efectivamente centrados en las personas y sus comunidades, desde la epistemología, las ciencias sociales, la construcción de los marcos legales, la forma en que se estructura el modelo de atención y elementos esenciales tales como la calidad, la gobernanza y la gestión y formación del talento humano. Entre líneas, está la esperanza y la certeza de que la transformación no solo es necesaria, sino también posible.

PRIMERA PARTE:

Sistemas y paradigmas

Sistemas de salud basados en las personas y sus comunidades: las posibilidades filosóficas y las preguntas antropológicas

Ricardo Oyarzún¹

Introducción

Los sistemas de salud han sido diseñados sobre la base de la ciencia y práctica médica occidental.² Por lo tanto, los sistemas de salud responden a las demandas que la asistencialidad médica les impone de acuerdo con sus prácticas clínicas con una perspectiva netamente curativa, lo que ha devenido en un sistema de salud hospitalo-céntrico.

Proponer un cambio desde un sistema basado en la enfermedad a otro basado en las personas y comunidades implica un cambio esencialmente epistemológico, transitar desde la epistemología positivista y cartesiana a uno de carácter fenomenológico que vea a las personas y sus comunidades en sus contextos sociales, económicos, ambientales y culturales. Desde esta perspectiva se requiere un cambio al modelo médico de laboratorio, con una historia de más de trescientos años en occidente, hegemónico con fuerte sustento en los ámbitos académicos, políticos y de mercado (Lain Entrelagos 1978; Breilh 2013).

.....
¹ Antropólogo, Master of Public Health. Académico del Instituto de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile.

² Por cultura occidental ha de comprenderse al conjunto de valores, costumbres, prácticas, tradiciones, creencias religiosas, sistema económico y organización político-social representativos de Europa occidental.

Plantearse la posibilidad de un rediseño de los sistemas de salud, hoy basados en la enfermedad, incluso en el órgano o función enferma, como entes descontextualizados del cuerpo humano y social, desde hace más de trescientos años, es un desafío mayor que requiere observaciones epistemológicas que den cuenta de la magnitud del desafío. Dicho rediseño requiere además de preguntas que provengan desde la Antropología de la salud que oriente las posibilidades filosóficas —epistemológicas y culturales— para lograr cambios de tal profundidad y amplitud en la cultura médica sustentada por la academia, el sistema político y en el orden cultural del mundo occidental.

Esto nos obliga a examinar los modelos etiológicos y terapéuticos de los sistemas médicos y su devenir histórico desde las culturas médicas chamánicas, monásticas y escolásticas —desde la edad media al renacimiento— para comprender el quiebre que provoca el descubrimiento del microscopio que orienta la nueva medicina de laboratorio con una fuerte dependencia de la microbiología. Por lo tanto, la medicina de hoy se sustenta en su historia universal, derivando en una medicina centro hospitalaria que, contextualizada en una sociedad neoliberal que mercantiliza la vida, ha generado a través de la biopolítica un biopoder como sistema de control social en nuestra contemporaneidad. Es desde aquí donde se diseñan y construyen los sistemas de salud, como sistemas funcionalmente abiertos al resto del sistema social y político con los que se comparten e intercambian energías e información en un proceso constante de retroalimentación, donde el sistema político, el mercado de la salud y la academia genera cierta entropía que tiende a mantener el *status quo* en el tiempo.

Así, plantearse la construcción de un sistema de salud basado en las personas y sus comunidades implica un proceso de cambio cultural que demuestre que la medicina molecular y de laboratorio no responde integralmente a las necesidades de salud del cuerpo social, al que todo sistema de salud debe proteger, cuidar, recuperar y compensar con las debidas garantías de proteger la salud y la calidad de vida. Por lo tanto, es necesario revisar la formación médica en sus fundamentos filosóficos, sociológicos y políticos sostenida en la epistemología positivista y cartesiana en el desarrollo de la medicina. Esta revisión tiene como

propósito central examinar los modelos formativos en los centros académicos y discutir las posibilidades políticas y el rol del Estado en su responsabilidad en la regulación del mercado para proteger la salud de la población.

Todo lo anterior implica cambios culturales profundos y de largo plazo donde muchos sectores y actores deben incorporarse en esta discusión. Esto implica examinar los procesos de producción del conocimiento médico y su dependencia cultural en los diferentes estadios de la historia de la medicina, para luego revisar la cultura médica, sus cambios y mecanismos adaptativos a los desafíos que ha debido enfrentar desde la epistemología imperante con una perspectiva diacrónica.

Las culturas médicas, su conocimiento y la formación profesional

Pensar en la posibilidad de un sistema de salud distinto nos obliga a analizar y discutir las epistemes que contiene el paradigma que ha gobernado la producción del conocimiento médico y la formación de los profesionales, técnicos y personal de apoyo que forman la fuerza de trabajo en los sistemas de salud, para luego preocuparnos del sujeto institucional de esta discusión: sistema de salud basado en las personas y sus comunidades.

La epistemología nos acerca al estudio de cómo se genera y se valida el conocimiento de las ciencias. Su función principal es analizar los preceptos que se emplean para justificar los datos e información que el método científico produce, describe, explica y predice, considerando los factores sociales, psicológicos e históricos que se conjugan. Los sistemas de salud se basan en el conocimiento científico que el sistema médico produce y reproduce y que hoy se funda en el conocimiento molecular que articula las explicaciones de la enfermedad. Así, podemos buscar respuestas a preguntas tales como ¿qué es el conocimiento médico?, ¿cómo razonamos sobre este conocimiento? o ¿cómo establecemos la verdad de ese conocimiento?

Desde este contexto, el conocimiento médico se basa en modelos etiológicos y terapéuticos que fundan su quehacer y moldean los sistemas de salud. Tendencia global y particularmente hegemónica que responde al pensamiento definido por la cultura occidental. Así el modelo etiológico, de acuerdo a la clasificación de Laplantine (1999), es de carácter ontológico, fuertemente centrado en la enfermedad y representado en su naturaleza física, atribuyéndole a la enfermedad un ser existencial, basado en el dualismo cartesiano que separa el alma (metafísica) del cuerpo (física), basado en la anatomía y luego en la microbiología de Pasteur. Esta disección del ser ha generado, desde su análisis, la deshumanización del sujeto paciente-persona dividiéndolo en órganos y funciones patologizados, descontextualizando a cada una de las partes y funciones en seres casi autónomos del cuerpo humano y social.

Este modelo ontológico posee tres aproximaciones. Por una parte, la medicina de las especies, que recoge la tradición botánica basada en las propiedades esenciales de la enfermedad permitiendo una clasificación de ellas: familias, género, especies y subespecies. Por otra, la medicina de las lesiones (anatomismo o anatomopatología) que enfatiza en las dolencias orgánicas transformándose en el sustento de la medicina del siglo XX. Por último, la medicina de las especificidades o especificismo etiológico. El ser de enfermedad, que provoca lesiones y se traduce en síntomas que tiene siempre una causa precisa, apoyada en la bacteriología que sostiene que cada enfermedad presenta síntomas originales, lesiones específicas y causa única.

De manera complementaria, y en la perspectiva del mismo autor, el modelo terapéutico tiene un carácter alopático, basado en terapia de agresión frontal o contra agresión, como respuesta a la agresión patógena. Administra el antagonico susceptible de anular la causa de manera radical. Es una medicina *contra natura*, según Leriche (1985), en la medida que si el paciente está agitado se prescribe un sedante; náuseas/antivomitivo; fiebre/antitérmico; depresión/hipertensor; etc. La eficacia de las terapias se asocia a su capacidad invasiva: desde la psicoterapia a la cirugía pasando por la farmacopea e indicaciones complementarias (dietas, actividad física). Son terapias que contienen probabilidades iatrogénicas.

Este modelo terapéutico es implementado por los sistemas de salud y ejecutado, desde sus propósitos, por personas profesionales, técnicos y agentes comunitarios que obedecen a una formación académica, profesional o social. La formación académica es, sin duda alguna, la que sustenta la manera de entender y explicar los procesos de salud y enfermedad y que se reproduce entre los profesionales, técnicos y agentes sociales en salud, incluso en la población consultante y, por supuesto, los sistemas de salud. Esto nos plantea la necesidad de revisar los procesos formativos desde la epistemología para dar cuenta de las formas de entender los sistemas de salud. El lugar tradicional de estos procesos es la academia, principalmente en sus funciones de formación e investigación, por lo tanto, el propósito de acercarnos a transitar de un sistema de salud basado en la enfermedad a uno basado en las personas y las comunidades nos obliga a esta discusión epistemológica sobre el rol de la academia en tanto productora y reproductora de conocimiento y recursos humanos.

La historia de la medicina nos enseña que la práctica médica tiene un punto de inflexión relevante con el descubrimiento del microscopio, el que posibilitó la observación de las células y sus modificaciones generadas por microorganismos, bacterias, virus, entre otros. Recordemos que el microscopio fue inventado por Zacharias Janssen en 1590 (Hayward 1956). Luego de muchos años de ensayos y experimentos, solo a mediados del siglo XVII, el holandés Anton van Leeuwenhoek describió por primera vez protozoos, bacterias, espermatozoides y glóbulos rojos. Este microscopista puede considerarse el fundador de la bacteriología. A fines del siglo XII, Marcello Malpighi, anatomista y biólogo italiano, observó células vivas. Fue el primero en estudiar tejidos vivos al microscopio. Así, la microscopía marcó un cambio significativo de la microbiología que se transformó en el basamento de la medicina moderna.

Como paradoja, el telescopio inventado por Galileo Galilei en 1609 permitió a Copérnico cambiar el concepto de universo en plena época renacentista. Esta singularidad nos demuestra que, mientras la medicina definía sus observaciones microscópicas, la física lo hacía en sentido macroscópico. Es decir, mientras la física y la astronomía observaba el cosmos, el macro mundo, la medicina observaba microorganismos,

el micro mundo. Hayward ilustra magistralmente este punto: «Pues si Galileo descubrió la naturaleza de lo infinitamente grande, Pasteur, por su parte, reveló la naturaleza de lo infinitamente pequeño» (1956, 71).

El enorme impacto que tuvo la nueva medicina de laboratorio —basada en la microbiología— en la reconceptualización de las enfermedades hizo que la historia de las enfermedades humanas se reconstruyera como un proceso de adquisición de saberes y técnicas conducentes al presente de forma lineal, progresiva e inexorable. Esta perspectiva marcó la mirada y devenir histórico de la medicina posmoderna. En los estudios histórico-médicos de las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX, el laboratorio representó el escenario donde, definitivamente, la medicina había logrado un método —como recurso sistemático a la investigación experimental— fiable y rigurosa para objetivar la realidad de las enfermedades humanas (Löbel 1950). Complementariamente, la teoría bacteriológica, cuyo desarrollo desde 1870 permitió impulsar nuevas premisas en las investigaciones médicas sobre las causas, prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas, fue considerada como la clave para lograr una primera comprensión de la peste y otras enfermedades altamente prevalentes, y que reemplazó viejos y fracasados intentos de la medicina por alcanzar la comprensión de las enfermedades de esos tiempos (Koch 1884, citado por Carter 1988).

El microscopio llegó a simbolizar la metáfora de la medicina de laboratorio que inicia el sistema de observación de la realidad médica hasta nuestros días, dando paso a la medicina molecular que permite explicar sus alteraciones para enfrentar los procesos de enfermedad, eje de la medicina moderna. Esta perspectiva médica hegemónica en nuestros días ha conspirado y limitado las miradas interdisciplinarias y transdisciplinarias sobre la salud y la enfermedad como procesos sociales, generando espacios soberanos donde las perspectivas humanistas no han tenido posibilidades de discutir las cuestiones fundamentales sobre los cuerpos sociales, como señala Illanes (1993), que son en definitiva los sujetos de preocupación de los sistemas de salud.

Otro camino de la medicina que rescataba el humanismo, en el sentido de observar el contexto de las personas que padecían enfermedades, es decir, una mirada amplia que permitiera describir y explicar el

proceso salud-enfermedad para definir las conceptualizaciones y teorías que permitieran intervenciones más holísticas e integrales, fueron señaladas por muchos médicos, filósofos y pensadores preocupados de la orientación de la medicina, fuertemente apoyada en el positivismo lógico y cartesiano que imprimió la microbiología en la llamada medicina de laboratorio.

Tal vez, uno de los humanistas relevantes en el siglo XV en pleno renacimiento, donde el anatomismo médico era hegemónico, fue Felipe Theofraastus Bombast Von Hohenheim, alias Paracelso (literalmente en latín: superior a Celso, un famoso médico romano del siglo I), quien sustentó sus teorías médicas y las etiologías de las enfermedades en a lo menos cinco tipos de observaciones, a saber: en la filosofía, a la que atribuyó la condición de ciencias de la naturaleza; en la astronomía, a la que atribuyó influencias de los cuerpos celestes en el ser humano; en la alquimia, a través de la preparación de medicinas; en la virtud del amor, donde radicaba la capacidad curativa de los médicos, y en la determinación de Dios en la sanación, «el médico cura, pero Dios sana» fue su máxima. Paracelso estudió las enfermedades de los mineros, la neumoconiosis, la antracosis y silicosis y escribió la primera obra dedicada a la Patología Laboral. También entremezclaba la religión con la alquimia y la filosofía neoplatónica para acceder a la unión con Dios, y afirmaba que: «de las sustancias minerales que pueden ser nocivas, por la Alquimia deberán convertirse en otras capaces de curar enfermedades». Paracelso afirmó que el arte médico descansa sobre la filosofía, la astronomía, la alquimia y la virtud; fue el precursor de la farmacología y la terapéutica química, con lo que define y asienta la iatroquímica para posteriores estudios fisiológicos, hormonales y minerales (Delgado 1941). Esta mirada holística, antítesis de la naciente teoría microbiana durante el renacimiento, no logró concitar el interés de las oligarquías políticas y académicas de su época y transcurrió hasta nuestros días en un camino paralelo a la medicina de laboratorio que ha avanzado por las avenidas principales que han pavimentado los Estados, los mercados y sus academias.

El humanismo médico ha experimentado la suerte histórica del humanismo en sociedades cada vez menos centradas en el ser humano,

donde el liberalismo ha logrado construir sociedades más individualistas, hedonistas, competitivas y exitistas, instalando en las metas culturales las ideas fundamentales del bienestar material propio de las sociedades capitalistas, mercantilizando la vida humana. Este humanismo médico, atrincherado en las preocupaciones de la salud pública, la siquiatria fenomenológica, la historia médica, entre otras pocas disciplinas, espera los espacios políticos y académicos que sus propias oligarquías permitan para enfrentar las discusiones sobre la manera de conceptualizar mejor las teorías sobre los procesos de salud y enfermedad que las poblaciones y los sistemas de salud deben asumir para mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades.

Está demostrado que estos espacios de discusión no se ceden ni se conceden: se ganan. Allí radica la importancia de abordar desafíos tan amplios y relevantes como pensar en sistemas de salud basados en las personas y comunidades, lo que implica necesariamente relevar el pensamiento acumulado en las medicinas humanistas para bajar este desafío desde el plano discursivo al plano de las implementaciones concretas, reales y actuantes de un sistema de salud. A modo de ilustración, el Dr. Halfdan T. Mahler,³ enfrentando el futuro de la atención primaria de la salud y sus desafíos a través de la mirada del filósofo de las ciencias, Nils Bohr, quien sostenía que el universo es solo completo para quienes lo observan de manera completa, señala que el universo se mantendrá fragmentado para quienes lo observen de manera fragmentada (Mahler 2007). El paralelismo entre la observación de Nils y de Mahler radica en que la salud no debe ser solo observada como un todo integrado internamente, sino que también como parte del desarrollo socioeconómico. Hoy, es un componente integrado a la sociedad, la cultura y el ambiente, y no restringido solo a lo socioeconómico.

Por otra parte, ese humanismo originario de las enseñanzas de las medicinas mágico-religiosas o propuestas médico cultural que han resistido no solo los cambios de la ciencia médica, sino que también de los intentos históricos de los Estados de combatirla so pretexto del

.....
3 Clase inaugural en el acto de apertura de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: Derechos, Hechos y Realidades, realizado en Buenos Aires, agosto de 2007.

ejercicio ilegal de la medicina. Estas propuestas médico culturales que anteceden a la medicina monástica de la edad media y escolástica del renacimiento, son esencialmente medicinas mágicas donde las hechicerías como prácticas médicas desarrollaron un pensamiento mítico que, incluso, funda el pensamiento religioso y las religiones (Lévi Strauss 1995a). Así, la espiritualidad, la religión y la medicina en el ser humano tienen su origen en el chamanismo. Los chamanes, a través de los estados alterados de conciencia provocados por alucinógenos vegetales, tienen la capacidad de comunicarse con los espíritus, lo que les permite enfrentar los males y curar las enfermedades. A esto Claude Lévi-Strauss (1995b) le llamó la eficacia simbólica.

Esto hace que hoy el pensamiento mítico y el pensamiento científico tengan un lugar de encuentro en el pensamiento médico humanista que amenaza el carácter paradigmático del modelo médico hegemónico basado en la epistemología positivista y cartesiana. En este sentido, es necesario recordar a Kuhn (2006), quien señala que el rol del paradigma en ciencia es ordenar nuestro conocimiento y que luego Morín profundiza atribuyéndole al paradigma la función de orientar, gobernar y controlar la organización de nuestros razonamientos y sistema de ideas. Señala, asimismo, que el paradigma es organizador de la organización, en tanto gobierna los principios de pensamiento y de los sistemas de ideas. De esta manera el paradigma contiene diversas raíces, tales como lingüístico-lógico-ideológico y también cerebral-síquico-sociocultural (Morín 2008).

Como se señaló previamente, la historia del paradigma biomédico no tiene más de trescientos años y en el renacimiento, incluso en la edad media, el paradigma mítico-religioso a través del cristianismo de entonces reintrodujo un elemento religioso: la enfermedad era el castigo a pecadores o la posesión por el demonio o la consecuencia de una brujería. De ahí la oración y la penitencia para alejar el mal. También los germanos reintrodujeron elementos mágicos que se transmitieron a la medicina popular. Por otro lado, la medicina escolástica en las escuelas catedralicias y su enseñanza lo administraba el clero secular, basado en la doctrina hipocrática con un fuerte carácter especulativo y elementos religiosos. Las especulaciones sobre la orina y pulso del paciente eran

técnicas diagnósticas de esa medicina. El vaso de orina se convirtió en el signo distintivo del médico. La orina contenida en un vaso simbolizaba: en su capa superior, la cabeza; en la siguiente, el pecho; en la tercera, el vientre; en la cuarta, el aparato génito-urinario. Al sacudirla, si la espuma bajaba a la segunda región del líquido y solo muy lentamente volvía arriba, significaba que los órganos del pecho eran el asiento de la enfermedad, pero si subía con rapidez la enfermedad se limitaba a la cabeza (Cárdenas 2001a).

También, la medicina árabe fue hipocrática clásica, y compartía con la medicina medieval algunos rasgos comunes: abandono de los estudios anatómicos, desinterés por la cirugía, apego a la cauterización, observancia de la tesis del *pus laudabilis* en cirugía. Pero ya en el siglo IX se combatía la charlatanería, se propiciaba una formación general del médico, se estimulaba la observación, se fomentaba la salud pública, se abogaba por un control central de la medicina. Los progresos aportados por la medicina árabe fueron la construcción de hospitales, nuevas observaciones clínicas especialmente en enfermedades infecciosas y oculares y la ampliación de la farmacopea (Cárdenas 2001b).

La cultura médica, sus cambios y sus mecanismos adaptativos

Como se puede ver en este apretado análisis de la historia de la medicina, que muestra que el actual modelo que se ha venido construyendo en los últimos trescientos años se basa en una larga peregrinación desde las medicinas chamánicas a través de la hechicería, pasando por la medicina monástica, la medicina escolástica, hasta llegar —a través del microscopio— a la microbiología, que fundó la medicina de laboratorio, que hoy se comprende como la medicina biomédica molecular y centro hospitalaria. Esta peregrinación de los modelos médicos ha transitado desde una lectura social metafórica simbólica a una racional concreta.

La pretensión de hacer un giro hacia un sistema de salud basado en las personas implica un cambio cultural de proporciones mayores. Rescatando la herencia de las medicinas humanistas que comprende el

valor histórico de las diferentes propuestas médico-culturales, herederas de las tradiciones chamánicas a través de la etnomedicina y que los pueblos originarios aún practican con eficacia simbólica. Y es aquí donde la antropología de la salud puede apoyar con preguntas que orienten una discusión necesariamente transdisciplinaria por las complejidades propias del desafío planteado.

Los cambios culturales son lentos y de largo plazo, por lo que requieren de mecanismos adaptativos para asentarse en el inconsciente colectivo. Estos cambios no obedecen a reformas de carácter legislativas o de otra naturaleza, sino que a mutaciones en ese inconsciente colectivo que los cuerpos sociales son capaces de aceptar e implementar.

Una primera pregunta es si es posible que los centros académicos se planteen la necesidad de analizar, discutir y producir cambios significativos en la formación académica de los profesionales que se van a desempeñar en el sistema de salud. Complementariamente a esta cuestión, si es posible que la clase política, también conservadora, se atreva a considerar esta discusión y la posterior implementación de los cambios en cuestión. Estas preguntas en sentido condicional se fundan en que tanto los centros académicos y la clase política son por definición conservadoras del *status quo* y, por tanto, poco disponibles de aceptar y menos a generar cambios en el orden establecido por las oligarquías académicas y políticas. Agregado a esto, el contexto de reformas neoliberales a los sistemas de salud en la década de los noventa, que profundizaron el deterioro de la calidad de vida de las mayorías, se posiciona como una de las principales amenazas para el acceso a la salud de las personas.

Es en este contexto donde emerge la biopolítica que sustenta el biopoder. Foucault hizo uso del concepto de biopolítica por primera vez durante una de las conferencias que dictó en el curso de medicina social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (Brasil) en 1974. Allí planteó que el control de la sociedad no solo se realiza a través de la ideología, sino que requiere del control del cuerpo de los individuos. Esto a través de la «biopolítica» y que define como el conjunto de saberes, técnicas y tecnologías que convierten la capacidad biológica de los seres humanos en el medio por el cual el Estado alcanza sus objetivos (Foucault 2007).

Esto es que, desde el inicio de la edad contemporánea, el Estado y los elementos económicos que le apoyan —o que le utilizan— se esfuerzan por potenciar las capacidades físicas e intelectuales que consideran valiosas, ya que estas constituyen el instrumento gracias al cual los agentes lograrán sus propósitos, principalmente productivos.

El control de la sociedad sobre los individuos no solo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista es lo biopolítico lo que importa ante todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. Siguiendo con Foucault, el cuerpo es una entidad biopolítica y la medicina se transforma en una estrategia biopolítica (2007). Y es desde aquí donde se construyen los sistemas de salud que contienen los aspectos antes discutidos. Para una mejor comprensión de sus complejidades es pertinente recoger lo planteado en la Teoría General de Sistemas que propuso el biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy en los años cuarenta. Esta teoría dio un salto de nivel lógico en el pensamiento y la forma de mirar la realidad que influyó en la psicología y en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación humana. Esta teoría sostiene que un sistema es un conjunto de elementos en interacción. En el caso de sistemas humanos, y desde sus estructuras, puede definirse como un conjunto de individuos con historia, mitos y reglas, que persiguen un fin común (Rodríguez y Arnold 1990).

Desde el punto de vista funcional, los sistemas de salud son de tipo abiertos pues mantienen unas fronteras abiertas con el resto de los sistemas estatal y social, con los que comparten intercambios de energía e información en un proceso de retroalimentación constante. Esta condición permite cierto grado de sinergia provocado por aspectos del mismo sistema o por otros de los que forma parte, así como también por el mercado de la salud que regula el subsistema privado afectando al sistema público de salud.

El Enfoque Sistémico produjo un salto de nivel lógico en el pensamiento humano, a través del descubrimiento de otra manera de mirar la realidad y de comprender al ser humano como sistema y dentro de un sistema (Morris 1977). Así, se puede entender que el área académica es parte de él en la medida que sirve a los intereses del sistema de salud, particularmente el asistencial.

Tanto los aspectos estructurales como los funcionales y los roles que cumplen la política, el mercado de la salud y la academia generan una cierta entropía que hace que el sistema de salud tienda a mantener su identidad desde la perspectiva cultural. Además, que este posee una cierta homeostasis dada su tendencia a mantenerse estable en el tiempo.

En este contexto, plantearse la construcción de un sistema de salud basado en las personas y sus comunidades implica un proceso de cambio cultural que demuestre que la medicina molecular y de laboratorio no responde integralmente a las necesidades de salud del cuerpo social, al que todo sistema de salud debe proteger, cuidar, recuperar y compensar para garantizar no solo su salud, sino que también su calidad de vida. Por lo tanto, se hace necesaria la complementariedad con otras propuestas médico-culturales y su discusión desde las ciencias humanas que incluye, por supuesto, a la medicina. Este cambio cultural debe comenzar con preguntas que digan relación con la complementariedad de las perspectivas metafóricas simbólicas y racional concreta de las lecturas sociales de la realidad en salud, en los ámbitos académicos formativos y políticos institucionales en salud.

Conclusiones

Este análisis sobre la centralidad de las personas y las comunidades en los sistemas de salud permite derivar algunas conclusiones preliminares, a saber:

1. Revisar y discutir la pertinencia de mantener la hegemonía de la epistemología cartesiana y positivista que ha sido central durante los últimos trescientos años en el mundo, particularmente en occidente. Esto implica incorporar otras epistemologías, entre ellas, las de carácter humanista como la fenomenología.
2. Examinar los modelos formativos en los centros académicos y evaluar su aporte real a las necesidades de salud de las poblaciones y cuerpos sociales a los que todo sistema de salud se debe.

3. Analizar las posibilidades políticas de que los Estados hagan efectivo su rol rector en salud regulando el mercado y la «industria médica» a través de acuerdos transversales de iniciar y mantener los cambios y que han sido ya definidos en diferentes foros internacionales especializados, como la segunda recomendación del informe de la comisión de alto nivel de la OPS que propone «desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y comunidades considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad» (OPS 2019).

Todo esto implica un cambio cultural mayor que, por su naturaleza antropológica, implica generar mecanismos adaptativos que incorporen no solo a los ámbitos académicos y políticos, sino también sociales, donde los cuerpos sociales generen sus propios mecanismos de mutuo cuidado de su salud a través de la participación social y la intersectorialidad de acciones territoriales, como la segunda recomendación del informe, que propone «abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica de una población en un territorio» (2019). Esta recomendación implica el ejercicio de una discusión ideológica sobre nuestro orden social, cultural y ambiental.

Referencias

- Breilh, J. 2013. «De la historiografía descriptiva de la medicina, a la historia crítica de la salud colectiva: Hacia un paradigma crítico basado en la determinación social de la salud. Ponencia presentada». Exposición realizada en Encuentro de la Red Latinoamericana de Historiadores de la Salud, Universidad Andina Simón Bolívar, 21 de marzo, en Quito, Ecuador.
- Cárdenas, Jorge. 2001. «El Renacimiento», La maravillosa Historia de la Medicina (blog). <http://www.cardenashistoriamedicina.net/capitulos/es-cap8.htm>
- Carter. 1988. The Koch-Pasteur dispute on establishing the cause of anthrax, *Bulletin of the History of Medicine* 62: 42-57.
- Delgado, H. 1941. «Paracelso». An Fac med. 24, nro. 2: 133-76. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/9731>

- Foucault, Michel.** 2007. *Nacimiento de la biopolítica: Curso en Collège de France 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hayward, John.** 1956. *Historia de la Medicina*. México: Breviarios de Fondo de Cultura Económica.
- Illanes, María Angélica.** 1993. «En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia...». *Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880/1973. (Hacia una historia Social del Siglo XX)*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Kuhn, Thomas.** 2006. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo, Brasil: Editora Perspectiva S.A.
- Lain Entrelagos, Pedro.** 1978. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores S.A.
- Laplatine, F.** 1999. *Antropología de la Enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del sol.
- Leriche, R.** 1985. Pour una pedagogie de la Santé. Louvain la Neuve: Memoire FOPES-ECL.
- Lévi Strauss, Claude.** 1995a. «El hechicero y su magia». En su *Antropología estructural*, 195-210. Barcelona: Paidós.
- . 1995b. «La eficacia simbólica». En su *Antropología estructural*, 211-27. Barcelona: Paidós.
- Löbel, Josef.** 1950. *Historia sucinta de la medicina mundial*. Buenos Aires: Espasa-Calpe.
- Malher, H.** 2007. «De Alma Ata a la Declaración del Milenio». Exposición realizada en la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: Derechos, hechos y realidades, 13 de agosto, en Buenos Aires, Argentina.
- Morin, Edgar.** 2008. *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Barcelona: Kairos.
- Morris, Williams.** 1977. *Fórmulas de protección en la toma de decisiones: hacia un éxito lento pero seguro*. México: Limusa.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud.** 2019. *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Washington, D.C.: OPS.
- Rodríguez, Darío y Marcelo Arnold.** 1990. *Sociedad y teoría de sistemas*. Santiago: Editorial Universitaria.

Los Sistemas de Salud: ¿Cuál es el aporte para el logro de comunidades saludables?

Claudio A. Méndez,¹ Javiera S. Illanes² y Arturo Vargas-Bustamante³

Introducción

Alcanzar mayores niveles de salud en la comunidad ha sido el objetivo histórico de los sistemas de salud en el mundo. Independientemente de los contextos sociales, culturales, económicos y políticos, se espera que estos sistemas por sí mismos logren mejorar los indicadores de salud de la población (Bambra *et al.* 2010). Lo anterior ha sido descrito desde Alma-Ata al marco de las Determinantes Sociales de la Salud (Marmot 2005; Lawn *et al.* 2008). Sin embargo, el impacto de los sistemas de salud en mejorar los indicadores de salud de las comunidades en un contexto global —y de economía de libre mercado— plantea la interrogante con respecto a su contribución en el logro de comunidades saludables.

.....
1 Profesor asociado de políticas de salud en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina en la UACH. Fue secretario regional Ministerial de Salud de la región de Los Ríos en el período 2016-2018. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Matrón y Licenciado en Obstetricia y Puericultura por la UACH.

2 Profesional del Departamento de Salud Pública y Planificación en Salud de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la región de Los Ríos. Magíster en Salud Pública de la U. de Chile. Magíster en Administración de Empresas de la UACH y enfermera por la PUC.

3 Profesor investigador del Departamento de Política y Gestión de la Salud en la U. de California en Los Ángeles. Doctor en Políticas Públicas por la U. de California en Berkeley.

Si bien la literatura ha preferido utilizar el término de «salud poblacional» como unidad de análisis del éxito de los sistemas de salud, para efectos de discutir el aporte de estos últimos en la población, se debe comenzar por el análisis del impacto de los sistemas en las comunidades. En este capítulo se discutirá y argumentará el aporte de los sistemas en la construcción de comunidades saludables, considerando a estas como el espacio básico en donde la política y la responsabilidad social responden a las interacciones diarias de las personas, incluyendo todos —o la mayoría de los aspectos— que son parte de las actividades de la vida diaria de las personas que las habitan (Starfield 2001).

A través de la literatura, se ha debatido extensamente sobre los modelos de sistemas de salud. Si bien el punto de partida ha sido desde los fundamentos detrás del diseño e implementación de los sistemas de salud con base en los modelos de *Beveridge y Bismarck* (Sigerist 1999), el actual debate ha estado centrado con especial énfasis en aquellos sistemas de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Reibling *et al.* 2009). De esta forma, los actuales marcos de análisis han intentado parametrizar el sistema de financiamiento de los sistemas y la provisión de los servicios de salud. Más aún, también se ha hecho énfasis en la importancia de la política, así como de los regímenes políticos en los resultados sanitarios de los sistemas de salud (Falkenbach y Greer 2018; Bekker *et al.* 2018; Marmor y Wendt 2012; Chung y Muntaner 2007; Muntaner *et al.* 2011).

Sin embargo, la investigación empírica —así como el debate teórico— ha presentado una tendencia a omitir uno de los principales aportes de los sistemas de salud: el contribuir al logro de comunidades saludables. Más aún, a 41 años de Alma-Ata, los países firmantes de la Declaración de Astana se comprometieron a construir una atención primaria alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Cobertura Universal en Salud y el empoderamiento de las comunidades locales (World Health Organization 2018).

Este capítulo tiene por objetivo identificar los principales aportes de los sistemas de salud en la generación de comunidades saludables. En la primera parte, se abordará la evolución de los sistemas de salud y su

contribución. En la segunda parte, se discutirán los actuales espacios de los sistemas de salud para aportar a su desarrollo. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones para el debate.

Los sistemas de salud como la vía para lograr comunidades saludables

La evolución estructural de los sistemas de salud ha estado estrictamente relacionada a las políticas sociales propias del desarrollo económico, así como de los contextos socioculturales e históricos. En un inicio, los primeros sistemas de salud diseñados e implementados de forma integral y alcance nacional, como el *National Health Service* en Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud en Chile y la Caja Costarricense del Seguro Social, dirigieron sus esfuerzos a la implementación de un mayor acceso a la provisión de servicios de salud, distribución de profesionales, desarrollo de infraestructura y universalidad (Steward 2002; Hall 1971; Rosenberg 1981). Posteriormente, concentraron esfuerzos en la política de promoción, prevención e implementación de la estrategia de atención primaria como la vía para lograr salud para todos.

La Declaración de Alma-Ata fue más que una declaración, siendo una abogacía política para no concentrarse solo en la morbilidad. Se propuso que los sistemas de salud, mediante la implementación y fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, enfocaran sus esfuerzos en recuperar y mantener la salud de las comunidades (Baum 2007). La intersectorialidad cumplía un papel clave en este enfoque de salud comunitaria por sobre las comunidades enfermas. Sin embargo, el escenario de la Guerra Fría fue fragmentando el esfuerzo global de Alma-Ata, principalmente por la oposición ideológica y la no implementación de la estrategia por parte de países con sistemas de salud basados en el libre mercado (Gillam 2008). Más aún, la presentación apolítica de la intersectorialidad y la definición de comunidad como un agregado de individuos y no como relaciones de poderes que se establecen entre los individuos fueron críticas a la Declaración que inminentemente fue política (Navarro 1984b).

En América Latina, la difusión de políticas enfocadas en la enfermedad tuvo un enorme impacto. Las dictaduras cívico-militares no presentaron oposición alguna para —desde un enfoque *top-down*— adoptar la atención gerenciada (*Managed Care*) y el arribo de las empresas de seguros privados de salud (Health Maintenance Organization) (Iriart, Merhy y Waitzkin 2001; Waitzkin e Iriart 2001). La difusión de estas políticas no solo desarticuló los sistemas nacionales de salud, sino que también fragmentó la protección social e instauró finalmente lo que ya algunos países estaban experimentando: la buena salud como un mal negocio.

Efectivamente, las comunidades saludables ya no eran parte de los objetivos de los sistemas de salud. Por el contrario, la capacidad de pago de las personas junto a un tímido inicio de cambio en el perfil epidemiológico relacionado con cambios en patrones de consumo, fueron la base para que los sistemas de salud iniciaran un nuevo cambio evolucionando hacia contenedores de la enfermedad. Sin importar la salud de las comunidades, las personas con problemas de salud fueron capturadas por la nueva lógica de la salud como un bien de consumo.

No obstante el nuevo escenario global de fragilidad, en donde las crisis económicas, los conflictos armados, las catástrofes y el sufrimiento de comunidades alrededor del mundo, han contribuido a posicionar la salud pública desde una perspectiva global (Leaning y Guha-Sapir 2013). Asimismo, la contribución de los sistemas de salud para evolucionar de contención de la enfermedad a promotores de comunidades saludables. Estos cambios globales han permitido reposicionar la relevancia de los sistemas de salud basados en la atención primaria, siendo fundamental la convergencia entre la Atención Primaria de Salud, los Objetivos de Desarrollo Sustentable y la Cobertura Universal en Salud (Hone, Macinko y Millett 2018).

Proceso político y contextos locales para contribuir a la salud de las comunidades

Las comunidades han contribuido, junto a los sistemas de salud, en especial en su trabajo comunitario con los equipos de atención primaria.

Esto se ha traducido en la implementación de diversas estrategias promocionales, sin embargo, también han contribuido al reconocimiento de los gobiernos locales como un contexto sociopolítico clave para los sistemas de salud.

En años recientes, el enfoque de la Salud en Todas las Políticas saturó la agenda global planteando un giro radical en el diseño de las políticas sociales (Guglielmin *et al.* 2018). Este giro, estaría determinado porque cada política social diferente a salud no solo considere los impactos negativos en el público objetivo, sino también que consideren dentro de los impactos no deseados a aquellos que afecten a individuos y comunidades. Bajo este enfoque de diseño de políticas sociales, la protección de la salud debiese ser parte fundamental de las externalidades positivas tanto en el diseño como en la implementación. Sin embargo, no todos los países asumirían una vía cuyo éxito depende de la sesión de poder e influencia de una política social por sobre las otras. Asimismo, se ha planteado que las estrategias de coordinación para *Salud en Todas las Políticas* implican superar los problemas de coordinación y durabilidad (Greer y Lillvis 2014). En el caso de la coordinación, a través de estrategias centradas en el liderazgo político de los países basado en planes dirigidos al cambio, acompañados de declaraciones y señales políticas que apoyen su implementación y el cambio burocrático necesario para adecuar los sistemas al cambio (Greer y Lillvis 2014). Para la durabilidad, estrategias de liderazgo político basado en la rendición de cuentas, una burocracia basada en la reorganización y cambio institucional para evitar deshacer los cambios, además de estrategias indirectas como el involucramiento de la sociedad civil (Greer y Lillvis 2014).

En el caso de Finlandia, no solo abogó por la implementación de *Salud en Todas las Políticas* (Puska y Stahl 2010). Específicamente fue bajo la presidencia de Finlandia en el Consejo de la Unión Europea, la oportunidad para fomentar la discusión e implementación de la *Salud en Todas las Políticas* (Franklin 2016). Sin embargo, en los países miembros de la Unión Europea, el posicionamiento de las políticas de salud como parte de diversas políticas sociales no estuvo exento de las lógicas de poder económico, político y las presiones de las regulaciones sobre los sistemas de salud y la salud pública (Koivusalo 2010).

A pesar de las dificultades, las experiencias exitosas han presentado una característica compartida: el liderazgo de los gobiernos locales. En Noruega, el proceso político se concentró en los gobiernos locales, instaurándose la Salud en Todas las Políticas como uno de los cinco principios básicos que integran el Acta de Salud Pública, la cual es de reciente legislación (Hofstad 2016). Para los gobiernos regionales y locales, implicó el asumir la responsabilidad por la salud de las comunidades, así como la equidad en salud. Así, la gobernanza implicó que los gobiernos locales implementaran la figura de un jefe oficial administrativo que trabajaría las necesidades de salud de los municipios, integrando los diversos sectores administrativos con implicancias en la salud de la población, dejando a los políticos locales la responsabilidad de priorizar los desafíos y planes locales (Hofstad 2016).

La experiencia de la implementación de *Salud en Todas las Políticas* posiciona los contextos locales como el mejor escenario en donde los sistemas de salud basados en la atención primaria pueden alcanzar el mayor impacto en su anhelo de ser parte del logro de comunidades saludables. Desde esta perspectiva, los gobiernos locales son reconocidos como un escenario ideal para el trabajo intersectorial, independientemente de importantes barreras como los intereses de los involucrados, la importancia de la voluntad política y la participación de las personas (Rantala, Bortz y Armada 2014).

En América Latina y el Caribe, la relación de los gobiernos locales con los sistemas de salud ha incluido esfuerzos desde la década de los noventa a través de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Dentro de un contexto descentralizador, los Sistemas Locales de Salud, SILOS, se plantearon como una instancia operativa clave de la estrategia de atención primaria para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (Paganini y Chorny 1990). Los SILOS se definieron como un conjunto interrelacionado de recursos para la salud, sean estos sectoriales y extrasectoriales orientados a dar respuesta de salud a la población de una determinada unidad geopolítica como lo son los estados, regiones y municipios (Gutiérrez 1991).

En el mismo contexto descentralizador de los sistemas de salud, la OPS promovió la implementación del Programa de Municipalidades y

Comunidades Saludables. Sin embargo la diversidad de indicadores producto de la propia organización político-administrativa de los países fue un importante obstáculo para comparar los avances del Programa (Chaparro *et al.* 2019). Actualmente, la OPS creó una fuerza de tarea con el objetivo de establecer sinergia entre *Salud en Todas las Políticas* y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Buss *et al.* 2016), siendo el proceso político para que los diversos sistemas sociales posicionen sus políticas y estrategias centradas en las personas, un desafío para el poder de los sistemas de salud y la gobernanza de las políticas.

Actualmente, los países de las Américas continúan en constantes reformas de sus políticas sociales y niveles de autonomía de sus gobiernos locales. La demanda por mayor descentralización y espacios comunitarios de decisión no parece haber terminado en los sistemas de salud. Por el contrario, las comunidades organizadas son las que ahora abogan por sistemas de salud descentralizados en el diseño de las políticas y su relación con las comunidades al momento de tomar decisiones.

Conclusiones

Los sistemas de salud han evolucionado desde una perspectiva individual-comunitaria en donde evitar la aparición prematura de la enfermedad fue uno de sus principales objetivos. Sin embargo, los cambios en el modelo global de desarrollo económico los ha transformado en sistemas de contención de la enfermedad en las comunidades. Esta realidad, que se arrastra por décadas, posiciona a los sistemas de salud en un escenario complejo desde el punto de vista técnico, político y social. Las demandas de las comunidades con relación al aporte de los sistemas para el logro de mayores niveles de salud exceden las estructuras tradicionales de gobierno, financiamiento y provisión de servicios de salud.

Lo descrito previamente no ha logrado trascender de lo retórico a la práctica en una gran parte de los sistemas de salud de países desarrollados y en vías de desarrollo. La necesidad de un trabajo intersectorial en donde el logro histórico de los sistemas de salud en el logro

de comunidades saludables requiere de un fuerte compromiso político, legislativo y reglamentario. Estos esfuerzos deben considerar que diversas políticas sociales no implican necesariamente que sean buenas para la salud de las comunidades.

Sin perjuicio de los obstáculos globales, algunos países decidieron avanzar en sistemas de salud enfocados nuevamente en aportar a la salud de las comunidades. Este aporte principalmente desde la atención primaria, pero también diseñando e implementando políticas sociales en donde se considerase el impacto negativo en salud. Para comunidades saludables, la distribución del poder dentro de los gobiernos democráticos es fundamental para que los sistemas de salud puedan continuar logrando contribuir a la salud de las comunidades y evitar ser el muro individualista en donde lo que finalmente se espera es que la enfermedad no progrese.

Referencias

- Bambra, C., M. Gibson, A. Sowden, K. Wright, M. Whitehead y M. Petticrew. 2010. «Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews». *Journal of Epidemiology and Community Health* 64, nro. 4: 284-91.
- Baum, F. 2007. «Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration». *Social Medicine* 2, nro. 1: 34-41.
- Bekker, M. P. M., S. L. Greer, N. Azzopardi-Muscat y M. McKee. 2018. «Public health and politics: how political science can help us move forward». *European Journal of Public Health* 28: 1-2.
- Buss, P. M., L. E. Fonseca, L. A. C. Galvao, K. Fortune y C. Cook. 2016. «Health in all policies in the partnership for sustainable development». *Pan American Journal of Public Health* 40, nro. 3: 186-91.
- Chaparro, R., S. Melendi, M. Santero, M. Seijo, N. Elorriaga, M. Belizan, A. Rubinstein y V. Irazola. 2019. «A review of assessment indicators used by Healthy Municipalities and Communities Program in Latin America and the Caribbean region». *Health Promot Int.* 35, nro. 4: 714-29.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daz059>
- Chung, H. y C. Muntaner. 2007. «Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries». *Health Policy* 80, nro. 2: 328-39.
- Falkenbach, M. y S.L. Greer. 2018. «Do parties make a difference? A systematic review of partisan effects on health and the welfare state». *European Journal of Public Health* 28: 138.

- Franklin, P.K. 2016. «Public health within the EU policy space: a qualitative study of Organized Civil Society (OCS) and the Health in All Policies (HiAP) approach». *Public Health* 136: 29-34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.02.034>
- Gillam, S. 2008. «Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?». *Bmj-British Medical Journal* 336, nro. 7643: 536-8.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39469.432118.AD>
- Greer, S. L. y D. F. Lillis. 2014. «Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies». *Health Policy* 116, nro. 1: 12-7.
- Guglielmin, M., C. Muntaner, P. O'Campo y K. Shankardass. 2018. «A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level». *Health Policy* 122, nro. 3: 284-92.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>
- Gutiérrez, G. 1991. «Los Sistemas Locales de Salud: una transición de la respuesta social organizada». *Salud Pública Mex* 33: 617-22.
- Hall, T. L. y Díaz, P.S. 1971. «Social Security and Health Care Patterns in Chile». *International Journal of Health Services* 1, nro. 4: 362-77.
- Hofstad, H. 2016. «The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change». *Health Policy* 120, nro. 5: 567-75.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001>
- Hone, T., J. Macinko y C. Millett. 2018. «Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?». *Lancet* 392, nro. 10.156: 1461-72.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)
- Iriart, C., E. E. Merhy y H. Waitzkin. 2001. «Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform». *Social Science & Medicine* 52, nro. 8: 1243-53.
- Koivusalo, M. 2010. «The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls». *J Epidemiol Community Health* 64, nro. 6: 500-3.
<https://doi.org/10.1136/jech.2009.102020>
- Lawn, J. E., J. Rohde, S. Rifkin, M. Were, V. K. Paul y M. Chopra. 2008. «Alma-Ata: Rebirth and revision 1 - Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise». *Lancet* 372, nro. 9642: 917-27.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61402-6)
- Leaning, J. y D. Guha-Sapir. 2013. «Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health». *New England Journal of Medicine* 369, nro. 19: 1836-42.
<https://doi.org/10.1056/Nejmr1109877>
- Marmor, T. y C. Wendt. 2012. «Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy». *Health Policy* 107, nro. 1: 11-20.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.003>
- Marmor, M. 2005. «Social determinants of health inequalities». *Lancet* 365, nro. 9464: 1099-104.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Muntaner, Carles, Carme Borrell, Edwin Ng, Haejoo Chung, Albert Espelt, Maica Rodriguez-Sanz, Joan Benach y Patricia O'Campo. 2011. «Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence». *Sociology of Health & Illness* 33, nro. 6: 946-64.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x>

- Navarro, V. 1984a. «A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration». *Int J Health Serv* 14, nro. 2: 159-72.
<https://doi.org/10.2190/9A9A-3ECR-M3N5-YJHH>
- . 1984b. «A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration». *Soc Sci Med* 18, nro. 6: 467-74.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90002-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90002-9)
- Paganini, J. M. y A. H. Chorny. 1990. «Local health systems: challenges for the 90's». *Bol Oficina Sanit Panam* 109, nro. 5-6: 424-48.
- Puska, P. y T. Stahl. 2010. «Health in All Policies-The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues». *Annual Review of Public Health* 31: 315-28.
- Rantala, R., M. Bortz y F. Armada. 2014. «Intersectoral action: local governments promoting health». *Health Promotion International* 29: 92-102.
- Reibling, N., M. Ariaans y C. Wendt. 2019. «Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries». *Health Policy* 123, nro. 7: 611-20.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.001>
- Rosenberg, M. B. 1981. «Social Reform in Costa Rica: Social Security and the Presidency of Rafael Angel Calderon». *The Hispanic American Historical Review* 61, nro. 2: 278-96.
- Sigerist, H. E. 1999. «From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in social security legislation». *Journal of Public Health Policy* 20, nro. 4: 474-96.
- Starfield, B. 2001. «Basic concepts in population health and health care». *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, nro. 7: 452-44.
<https://doi.org/10.1136/jech.55.7.452>
- Steward, J. 2002. «Ideology and Process in the Creation of the British National Health Service». *Journal of Policy History* 14, nro. 2: 113-34.
- Waitzkin, H. y C. Iriart. 2001. «How the United States exports managed care to developing countries». *International Journal of Health Services* 31, nro. 3: 495-505.
- Wendt, Claus. 2014. «Changing Health Care System Types». *Social Policy & Administration* 48, nro. 7: 864-82.
<https://doi.org/10.1111/spol.12061>
- Wendt, Claus, Lorraine Frisina y Heinz Rothgang. 2009. «Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison». *Social Policy & Administration* 43, nro. 1: 70-90.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>
- WHO. World Health Organization. 2018. «Global Conference on Primary Health Care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. In Declaration of Astana», 25-26 de octubre, en Astana, Kazajstán.

La acción colectiva en salud: un ejercicio de conciencia, paciencia y resistencia de participación social

Carmen Gloria Muñoz¹

Introducción

Los descriptores del título de este capítulo hacen referencia a tres claves de los procesos participativos y de acción colectiva en salud. En primer lugar, la *conciencia*, entendida como la necesidad de repensar la conceptualización y la ubicación de la acción colectiva, AC, y de la participación social, PS, en la articulación de la política y la vida contemporánea colectiva, como una manera de nombrarlas, identificarlas y promoverlas. Propongo una manera de hacer conscientes sus ambigüedades ontológicas, su potencial para generar tensiones que catalicen cambios y su posible (y frecuente) instrumentalización discursiva. En segundo lugar, la *paciencia*, hace referencia a los procesos participativos en sí mismos (y aquellos no-participativos), poniendo énfasis en las condiciones de articulación y gestión necesarias para los colectivos en los momentos históricos, en el peso de momentos coyunturales permeables a las convergencias y en los efectos globalizadores de ciertas temáticas que tienen o gestan acciones participativas. En tercer término,

.....
¹ Académica de la Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina (Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación). Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Chile, Magíster en Comunicación de la Universidad Austral de Chile y Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco (México).

haré referencia a la *resistencia* para repasar algunas de las discusiones actuales en nuestra región y analizar casos donde la acción colectiva ha mostrado alcances locales y cambios en salud.

Partiendo de la aproximación de la participación social como condición de procesos sociales, que aplica al área de la salud pero que no le es de su exclusividad ni propiedad, es importante notar que en el área de la salud guarda una connotación especial por cuanto esta constituye un ámbito entendido como derecho fundamental, que interpela la vida y el *estar bien*. Pone en relieve la sensación de control sobre procesos decisorios no solo sobre los cuerpos de modo individual sino sobre los sentidos profundos de bienestar colectivo. Los grandes procesos de desmantelamiento de *lo público* en salud han hecho que en temas como educación, pensiones y salud, este tema alcance mayor relevancia, en la medida que son conceptualizadas como estrategias para mediar frente al poder entre el mercado y los estados, históricamente cargada de control externo por parte de instituciones, la industria y los monopolios, lejos de las personas, las comunidades, sus cotidianos y sus necesidades. La participación social en salud tiene un rol fundamental para pensar sistemas integrados hacia las personas y los colectivos, esto es transitar de una noción del cliente-consumidor-paciente a una donde el sujeto-ciudadano, es un protagonista con derechos y preocupación por los temas individuales y colectivos.

Conciencia: la acción social y los modelos de Estado

Parece que pensar la acción colectiva y la participación en salud como una posibilidad, y no solo como una demagogia, nos vuelve personas atrapadas en la dicotomía de visualizar su potencial y su alcance desde su vínculo con el Estado o, como aquella que la confronta con el *mercado*. Tomando las ideas de Manuel Antonio Garretón (2016) podríamos esquematizarlo más o menos así: la primera idea es aquella que comulga con una versión tecnocrática del Estado, como órgano que organiza las demandas y responde a las necesidades a través de un conocimiento experto que piensa y elabora transformaciones mediante la política

social buscando soluciones, en un rol más bien neutral, como garante del bien común. La segunda ubica al Estado como imbricado con la sociedad civil, como su reflejo y sin una particular autonomía de esta.

Cualquiera de estas dos concepciones de base sobre el Estado modifican el espacio de la acción colectiva en las sociedades. Ya sea la visión populista del Estado (como encarnación del pueblo) o la visión marxista (Estado emanado de la sociedad), o la visión anarquista del mismo (que ve al Estado como ilegítimo o falso). En esta última idea, la posibilidad de un Estado que emerja de la sociedad, una especie de encarnación popular, donde sujetos lo construyan y legitimen sería sin duda el escenario propicio de la acción colectiva.

Derivado de lo anterior y teniendo claro que independiente de las formas que tome no es posible pensar los Estados sin sociedades, la conciencia de las matrices socio políticas pasa a ser nuestro foco. Esto es, aquello que, en convergencia de regímenes políticos, sistemas de representación y la base económica, cultural y social suponen un proyecto de sociedad que se relaciona de una u otra forma con el Estado. Así, como es en gran parte de la región (entendido este concepto como América del Sur), el modelo de Estado-disminuido (en tamaño y funciones), en varios casos con deudas pendientes (pueblos originarios, constitucionales y de justicia posdictadura entre otras para el caso de Chile) desafía aún los límites entre democracias genuinas y estados legitimados como posdictatoriales o simplemente democracias en permanente peligro de desestabilización.

Además de las formas de vinculación con los Estados y el lugar de la sociedad civil para con (o en) ellos, las sociologías definen rutas para el estudio de los colectivos humanos, distinguiendo entre conceptos afines, usados comúnmente como sinónimos y otros que denotan una distinción teórica que para los efectos de este análisis son de utilidad. Dentro de los últimos, Alain Touret (1987) distingue entre conductas colectivas, luchas y movimiento social. Las *conductas colectivas* hacen referencia a acciones de tipo conflictivas-defensivas, de reconstrucción o adaptación; implican considerar los conflictos como respuestas a situaciones que deben ser valoradas en sí mismas. Las *luchas*, buscan modificación de decisiones tensionando el poder y fuerzas políticas

e implican una concepción estratégica del cambio social y más que respuestas, constituyen iniciativas cuya acción busca necesariamente cambios profundos en los sistemas sociales. A diferencia de los anteriores, los *movimientos sociales* intentan transformar las relaciones de dominación social, las reglas de producción y de recursos culturales. Son, en sí mismos, acciones conflictivas que buscan cambios profundos en normas de apropiación cultural, en la historia y en las relaciones de dominación social.

En esta nomenclatura parece predominar en nuestra región la acción colectiva en temas de salud que toma forma de *luchas* que se confronta de manera autoconvocada con el poder, centralizado mayormente en el Estado y sus órganos de representación. No se han instalado de manera permanente en el tiempo, sino más bien como coyunturas de corta permanencia, no tienden mayoritariamente a torcer el protagonismo del mercado en el ámbito de la salud, aun cuando cruzan transversalmente equidad en la atención (escasez de horas/camas), derechos (aborto libre) y otras necesidades que pudieran considerarse pragmáticas (como medicamentos, tratamientos de alto costo y otros asociados a recursos económicos).

Paciencia: transitar de lo asistencial a lo participativo

La acción colectiva en salud debe pensarse como *producto de un proceso* y en atención a lo que persigue como *propósito*. En esa línea, el *propósito* debiera estructurarse en función del cuestionamiento de los derechos básicos, universales o principio de equidad compartidos entre grupos de interés. Si la participación social es entendida como una arena de tensiones de poder, entonces debiera además definir posiciones claras que se confrontan o por la mantención de situaciones o por la transformación de estas (Muñoz 2019).

El proceso y propósito debiesen contar con elementos comunes y básicos: primero, debiese ser consecuencia de deliberaciones críticas de quienes integran un colectivo o movimiento, segundo, debiera representar los intereses de la sociedad civil que se articula y, además, en

tercer lugar, debiera ser un espacio que otorgue oportunidades de participación. El desarrollo conceptual y el uso de la participación en salud tiene dos cuerpos claves para su comprensión: uno, que está anclado en la historia de los grandes paradigmas de la salud, sus mega instituciones y en los procesos de cambios socio históricos; dos, que es difuso, polisémico conceptualmente y a veces ambiguo, donde estas características no son casuales, sino que dicen relación con la intención de su uso, la tensión ideológica que genera (o debiese generar) y sus supuestos técnicos, que tienden a la simplificación de sus principios y estandarización de sus herramientas.

Dado que la evolución conceptual se torna recursiva, es importante rescatar las cuatro grandes etapas que Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía (2018) distinguen en su investigación: una primera época, de las décadas de los cuarenta a sesenta vinculada a la manipulación ideológica, mano de obra barata, apoyo y facilitación de la acción médica o medio para aceptar y legitimar indicaciones y recomendaciones médicas. En una segunda etapa, en el escenario de profundas crisis de la democracia en América, predominaron dos formas distintas de entender la participación social, como movimientos sociales de base (fuertemente inspirado en el pensamiento y acción de Paulo Freire) y otra que rescató la promoción de la salud desde bases populares, herramienta clave de políticas y gobiernos demócratas-cristianos.

Las investigadoras definen como tercera etapa aquella enmarcada por la diferenciación entre participación comunitaria y popular, instalando los conceptos de participación social y ciudadana impulsado por el Banco Mundial a inicio de la década de los noventa. Asociado a estas nuevas conceptualizaciones, promovieron una idea hegemónica de comunidad que diera pie a la legitimación del sector privado, la reducción del Estado y la descentralización administrativa del mismo. En una cuarta etapa, fechada a partir del año 2000 con la Cumbre del Milenio (ONU), predominó la fórmula de participación para la democracia, materializada a través de la crítica al poder de manera contestataria y que se extendió a autoridades (incluidas las de salud), como forma de organización democrática que aumentara la organización de la población y de transferencia del sector salud.

Actualmente, son evidentes dos tendencias que derivan desde esta misma historia: el enfoque tecnocrático, predominado por la idea costo-efectividad y la política focalizada de organizaciones sociales: «mientras organizaciones internacionales y el Estado siguen discutiendo la manera como la participación comunitaria debería ser entendida, definida e incluso instrumentalizada, la población se reúne en torno a ollas comunitarias y asambleas barriales, generando sus propios movimientos» (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía 2018, 103).

En el estado actual de las sociedades neoliberales, resulta importante la cautela y no olvidar que la participación tiene dos dimensiones que a veces convergen: la propiciada por el poder hegemónico, que busca una cooptación de la acción colectiva y aquella que emerge desde las bases, a partir de necesidades colectivas sentidas, que pueden ser puntuales y coyunturales, pero de alto impacto y significado. Para la mantención de este sentido crítico sobre el *estado de cosas*, algunas investigaciones rescatan el valor del análisis que profundiza en la esencia de estos problemas, una especie de instrumentalización de estrategias participativas para ser utilizadas en procesos de sistematización amplios (López-Bolaños, Campos-Rivera y Villanueva-Borbolla 2018), que recojan no solo el análisis experto sino la vivencia y el relato de actores sociales que permita la mantención de las demandas y estrategias en medios sociales y en la conciencia colectiva.

Sin duda, los procesos de las acciones colectivas en salud se configuran como construcción y en función de necesidades reales y con sentido para las comunidades, sobrepasa la acción limitada de reclamos, críticas y observaciones a lo instaurado o al impacto limitado en términos de gestión y administración. La implementación de programas o estrategias participativas de otro modo, pueden fácilmente responder a una lógica tecnocrática y demagógica si no se cultivan desde necesidades reales, con oportunidades de participación y de maduración de ideas.

Resistencia: casos que mirar en la región

Evans y Reid (2016) presentan de manera útil para los términos de este análisis los conceptos de *resiliencia* y *resistencia* en los procesos sociales. Extrapolando los conceptos desde la psicología de la personalidad y desde la noción nietcheriana sobre la vida como una forma permanente *de estar en peligro*. Describen la *resiliencia* como una propiedad fundamental que deben tener los pueblos e individuos para demostrar su capacidad de vivir con el peligro y la inseguridad que impone el liberalismo y, aun así, estar/vivir bien, incluyendo las capacidades de anticipar, absorber, administrar y sobreponerse a acontecimientos peligrosos. Por otro lado, la resistencia es un concepto que hace referencia a la habilidad de evitar los efectos adversos en este tipo de sociedades.

Desde este marco, pensar el escenario de la salud presenta a las sociedades dos cuadros: la transformación política o la adaptación ante lo catastrófico. Esta última imbrica la resistencia y la resiliencia, aceptando la vulnerabilidad y la inseguridad estructural; adaptarse es una forma de aceptar la derrota. Al contrario, la transformación política no busca ignorar la opresión ni la inequidad, sino que al contrario busca situarse desde allí para reinstalar un significado político a las acciones, desafiando la indiferencia para posicionar nuevas formas de estar en la adversidad, incluyendo el resentimiento fruto de *estados de emergencia* individuales y colectivos como pueden ser por ejemplo el padecimiento por enfermedades, las consecuencias económicas por los problemas de atención o las condiciones para trabajadores del área de la salud.

Desde mi particular punto de vista, la participación social como acción colectiva constituye una forma de resistencia a la estructura. Ha revisar un par de casos latinoamericanos.

La Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud en Colombia

Dentro de la región latinoamericana, Colombia constituye un caso de interés en la medida que el proceso de instalación de reformas de

ajuste estructural para salud se ha dado tardíamente con respecto a países como Chile, que constituyó un *modelo* en la década de los setenta y ochenta en plena dictadura cívico-militar. El movimiento social en Colombia levanta una crítica general y estructural a la Ley 100 y la reforma iniciada el año 2013 a la salud y no solo al rol de agentes claves en su implementación. Esta reforma no contempló explícitamente la participación de asociaciones de usuarios, como lo establece la misma normativa original y en términos generales la define como: «la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto» (Ley 100, 1993). Sus mecanismos fueron regulados en un decreto un año después (Decreto 1757, 1994). Las formas de participación que establece no son decisorias, sino que solo permiten la representación (Carmona-Moreno 2017). La crítica recogió como antecedentes lo ocurrido en el 2008 cuando en la promulgación de la Sentencia T-760/2008 se levantó conciencia social sobre la importancia de la salud, organización en salud como derecho fundamental para el bienestar, la calidad de vida y la dignidad de las personas, una mirada crítica sobre el crecimiento económico de prestadores privados y la necesidad de cuentas claras sobre el gasto y distribución de recursos en salud (Daza Castillo 2017).

En ese escenario, el año 2001 se formó el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y posteriormente ANSA, Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud. Bajo el propósito de incorporar principios de equidad a la salud en Colombia, presentaron un modelo alterno colectivamente construido, que legitima la salud como derecho poniendo énfasis a la eficacia, eficiencia, control y gobernanza (Daza Castillo 2017; Hernández, Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud [ANSA], y Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social [CSR] s. f.; Franco 2013). ANSA es autogestionada, con diversidad de actores voluntarios y apela a la participación como estrategia de transformación. Está constituida por organizaciones de usuarios, líderes comunales, asociaciones de pacientes, sindicatos de personas trabajadoras, académicas y gremios, además de establecer algunas alianzas con facciones parlamentarias. En términos genéricos, sus objetivos reposicionan el

rol del Estado y del mercado, ubican la salud en el terreno del derecho fundamental y la articulan con otros ámbitos que la multideterminan, como trabajo, vivienda y educación, entre otros, y define el lugar de la PS (Torres-Tovar 2012).

Si bien finalmente en Colombia se impuso un aseguramiento mixto, con inclusión de algunas ideas y principios del modelo socialdemócrata que se proponía como alternativa, este proceso de acción colectiva es considerado exitoso en la medida que evidencia claras opiniones en disputa, una tensión y confrontación de ideas con apoyo ciudadano y de grupos de interés claramente definidos en el debate. No obstante, el proceso de ANSA deja como elementos para el análisis: la motivación para movilización inicial, la transversalidad de movimiento y sus resultados.

Como desarrolla en extenso Daza-Castillo teorizando el movimiento desde las perspectivas de poder foucultiana, esta coyuntura evidenció la manera en que «actores pertenecientes la sociedad civil organizada se identifican en una posición asimétrica y desigual respecto del poder y de la participación frente a otros actores y sectores de la sociedad con intereses sobre la política de salud» (2017, 20), transformando la movilización en un mecanismo efectivo para hacerse «notar e incluir».

La acción social para las personas viviendo con VIH en Chile

Desde la aparición de los primeros casos de VIH-Sida en Chile, alrededor de 1984, es posible reconstruir la ruta y las acciones de organización social sobre el tema. Su análisis reviste a lo menos tres elementos de interés para efectos de nuestro análisis: primero, que se ha hecho frente a un problema de salud global, donde las realidades de la salud pública y privada en diversidad de territorios (como Europa, EE. UU. y Centroamérica) han tenido momentos distintos en la implementación de medidas sanitarias, pero todas avanzando en una misma ruta de prevención, promoción y tratamiento bajo un enfoque de derechos ciudadanos. En Chile, como en varias otras partes del mundo, las organizaciones de

apoyo a personas viviendo con VIH/SIDA tuvieron en un inicio, como motivación inicial, brindar acompañamiento y apoyo en fases finales de la enfermedad, iniciando como grupos de cercanos y amigos, que además del acompañamiento personal, debían brindar cuidados en residencias y hogares, improvisando. En un notorio tránsito de estas preocupaciones individuales y humanas por las condiciones de salud hacia el bienestar de un colectivo, estos grupos transformaron su misión para el logro de mejoras en los tratamientos, tendiente a la cobertura de los medicamentos antirretrovirales de alto costo sin coberturas de salud, pero que impactaban en la calidad de vida.

La expansión de los contagios durante las décadas de los ochenta y noventa hicieron sensibles a los colectivos para continuar ampliando su radio de acción. Partiendo por la conformación de organizaciones de la sociedad civil que catalizan la relación o colaboración con el Estado para la injerencia en políticas públicas se reconfiguraron en la búsqueda de un cambio social para las personas contagiadas, sin estigma y en un marco de no discriminación. Por otro lado, buscaron mejora en la cobertura sanitaria que permitiera mantener el apoyo directo y cercano a las y los afectados, pero atendiendo también una estrategia de construcción como actores sociales fuertes en materia de salud. Como bien describen Trivelli y Hernández Asencio (2006), esto implicó una transición de un modelo de activismo social, de lo asistencial/tradicional, centrado en bienes y servicios a uno preocupado también por los derechos sociales, la calidad de vida y la no discriminación.

La forma congregante de *Vivo positivo* (creada en 1997) de varias organizaciones menores (cerca de treinta existentes en todo el país), le dio un carácter nacional a las demandas y mayor visibilidad a la problemática, consecuente con la estrategia de no ocultar en el plano individual a la persona afectada, infectada por la atribución de sus conductas de riesgo. Así, como segundo elemento clave en su expresión de acción colectiva en salud, aparece la mantención sostenida de acciones a lo largo del tiempo, no obstante, el alto peso que tuvo para Chile una estructura social conservadora y religiosa, que intentaba dejar la enfermedad en el estricto reducto de la vivencia privada como consecuencia de conductas sexuales y de riesgo altamente cuestionables en el terreno moral.

En tercer término, es interesante rescatar que la acción colectiva de personas que viven con VIH/SIDA en Chile a través de *Vivo positivo* supo integrar, especialmente en su etapa inicial de confrontación al Estado, variadas estrategias efectivas para la visibilización, sensibilización y transformación sobre un problema. En una etapa de la historia de Chile caracterizada por la desmovilización social tras el término de la dictadura cívico militar en 1990, las demandas sociales resurgieron por grupos específicos que autoreferían discriminación con respecto al resto de la población. Así, con un alto grado de compromiso de sus integrantes/militantes, las acciones de *Vivo positivo* incluyeron desde las tradicionales protestas y marchas callejeras para juntar adherentes, hasta estrategias comunicacionales, con manejo de imagen corporativa que minimizara las consecuencias de una exposición a creativas *performances* callejeras; la colaboración con la investigación académica (centrada en los efectos de terapias, las vivencias individuales y familiares y al impacto laboral por estigmas entre otros), la realización de programas radiales y material educativo propio. En resumen, un trabajo que permanentemente ha ido de la mano de diversidad de estrategias y metodologías para su mantención.

A partir de 2001, con la Ley de prevención de VIH/SIDA el Estado garantiza el acceso a terapias con medicamentos antirretrovirales a toda la población adscrita al sistema público de salud. Tres años después el acceso se transformó en universal al incluirse como uno de los problemas en el Plan GES (Garantías Explícitas en Salud). La acción colectiva para personas que viven con VIH/SIDA en Chile enfrenta así actualmente nuevos desafíos, que imbrican su coordinación, entre otros con los movimientos por derechos para la población LGBTI+ y migrantes, recientemente culpados mediáticamente por el aumento de las tasas de contagio en el país.

Conclusiones

Sin duda, la forma de pensar la acción colectiva en y para la salud, con representación de la ciudadanía en ella, es un ejercicio complejo. Su

implementación no solo depende de la intensión y de la movilización, requiere de un soporte estructural, una historia, una democracia y de sensibilidades personales que se activan sobrepasando la necesidad individual.

Su uso como estrategia o como respuesta en salud es compleja no solo en términos conceptuales sino también en su esencia. Rescatando el análisis de Eduardo Menéndez al respecto, la instrumentalización y su distorsión de significados parece resultado de una apropiación acrítica del área de la salud desde las ciencias sociales. Si tomamos como plausible esta hipótesis, torna complejos cambios sustanciales, salvo que se le dote de historicidad y sentido crítico a cada nueva acción, independiente del nombre técnico que le asignemos.

Si pretendiésemos resolver los nudos históricos de la polisemia vinculada a la participación en salud, tendríamos a lo menos tres aspectos que atender: primero, asumir que en una lógica de vinculación directa entre la semántica y la acción, es importante considerar que hablar de participación comunitaria y no solo participación social, implica una complejización de la acción colectiva por cuanto la acepción de comunidad en sí misma es dinámica y compleja. Segundo, independiente de su apellido, la participación va anclada a problemas técnicos e ideológicos, donde los primeros siguen siendo una cuestión que obsesiona a la burocracia de Estado y a las estrategias neoliberales del mercado para legitimar el modelo y expiar en ella la falta de derechos universales como la salud. Tercero, debemos considerar que apostar por la acción colectiva en salud no es una estrategia ni simple de ejecutar ni de pensar, no responde a una planificación automática, sino que tiende a ser un reto que deviene de experiencias previas de articulación con otros, de un análisis crítico sobre el compromiso y la participación que se renuevan de manera constante en el compromiso e interés por la transformación de la realidad de los colectivos de interés por temas de salud.

Referencias

- Blandón-Lotero, Laura Catalina y Marta Cecilia Jaramillo-Mejía. 2018. «Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales». *Revista CS*, junio: 91-117.
<https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>
- Carmona-Moreno, Luz Dary. 2017. «Concepção da Participação social em saúde: Proposta de resignificação». *Revista Ciencias de la Salud* 15, nro. 3: 441.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6127>
- Daza Castillo, Luis Antonio. 2017. «Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013». *Papel Político* 22, nro. 1: 77.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.papo22-1.ladc>
- Decreto 1757/1994, de 3 de agosto, por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. *Diario Oficial* 41477 de agosto 5 de 1994.
http://www.neuroaxonal.com/assets/decreto_1757_1994.pdf
- Evans, Brad y Julian Reid. 2016. *Una vida en resiliencia. El arte de vivir en peligro*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, Saúl. 2013. «Entre los negocios y los derechos». *Revista Cubana de Salud Pública* 39, nro. 2: 268-84.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pd=So864-34662013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Garretón, Manuel Antonio. 2016. «Los desafíos del Estado contemporáneo». En *Pensar Chile desde las ciencias sociales y las humanidades: territorio, ausencias, crisis y emergencias*, editado por Loreto Rebolledo, 19-30. Santiago: Editorial Universitaria.
- Hernández, Mario. 2008. «Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA)». Exposición realizada en la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) de Colombia.
http://viva.org.co/attachments/article/222/Texto_de_radificacion_Mario_Hernandez.pdf
- Ley 100/1993, de 23 de diciembre, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 129, nro. 41148.
<http://juriscol.banrep.gov.co:1025/home.html>
- López-Bolaños, Lizbeth, Marisol Campos-Rivera y María Ángeles Villanueva-Borbolla. 2018. «Compromiso y participación comunitaria en salud: aprendizajes desde la sistematización de experiencias sociales». *Salud Pública de México* 60, nro. 2: 192.
<https://doi.org/10.21149/8460>
- Muñoz, Carmen. 2019. *La Salud en Chile. Una historia de movimientos, organización y participación social*. Valdivia: Ediciones UACh.
- Trivelli, Carolina y Raúl Hernández Asencio. 2006. «Nuevas agendas, nuevos derechos: la experiencia de Vivo Positivo y las personas viviendo con VIH en Chile». En *La propuesta ciudadana: una nueva relación sociedad civil-Estado*, compilado por Augusto Varas, 301-48. Santiago: Catalonia.
- Torres-Tovar, Mauricio. 2012. Nuevo pulso por el modelo de salud en Colombia. *Le Monde Diplomatique*, nro. 115, septiembre. Colombia.
<https://www.eldiplo.info/portal/index.php/component/k2/item/228-nuevo-pulso-por-el-modelo-de-salud-en-colombia>
- Touraine, Alain. 1987. *El regreso del actor*. Buenos Aires: Eudeba.

SEGUNDA PARTE:

Derecho y salud centrado en
las personas

Derecho y salud para personas y sus comunidades

Oswaldo Artaza¹

Introducción

En este capítulo se revisará la comprensión y debates actuales con respecto al derecho a la salud y los aspectos relacionados de dichos conceptos; al avance hacia el acceso y a la cobertura universal a la salud; a las transformaciones de la prestación de los servicios hacia una atención centrada en las personas y sus comunidades, y a las modalidades de materializar el derecho a la salud en presencia de escasez de recursos.

Derecho y salud en el debate actual

De manera creciente, en las sociedades desarrolladas, el derecho a acceder a los servicios de salud es comprendido como un bien social que el ciudadano espera sea distribuido —de manera justa— de acuerdo con la necesidad y no con la capacidad de pago de las personas. En 1946, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, OMS,

.....
¹ Médico pediatra. Magíster en Administración en Salud. Exministro de Salud de Chile. Exdirector de hospital. Exasesor Sistemas y Servicios OPS/OMS. Profesor adjunto *ad-honorem* Instituto de Salud Pública Universidad Austral de Chile. Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas.

acordaron en su Constitución² un principio internacional fundamental, en virtud del cual «...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social...». Por su parte, en 1968, el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, durante su 59^o sesión, empezó a discutir la relación entre la salud y los instrumentos internacionales de derechos humanos en el contexto de la cooperación técnica que brinda la OPS a sus Estados Miembros (OPS 2010).

En la doctrina internacional ha habido discusión acerca de la nomenclatura apropiada para referirse al derecho a la salud (Figuroa 2013). Existen diversas fórmulas: «derecho a la salud», «derecho a la protección de la salud», «derecho al cuidado de salud». El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³ lo reconoce como el «derecho al más elevado estándar de salud posible». Algunos autores (Figuroa 2013, Squella 2005, Leary 1993, Tomasevski 1995, Roemer 1989, Den Exter y Hermans 1991), sostienen que hablar de un «derecho a la salud» sin otra palabra que la complemente sería inadecuado, porque eso implicaría un derecho a estar sano (Giesen 1994), lo que sería un imposible. Desde esa lógica un derecho a la salud en términos literales sería irrealizable porque hay muchos factores que amenazan el estar sano y que escapan al completo control de la sociedad y del Estado, tales como la herencia genética, la acción de la naturaleza y gran parte de los comportamientos, decisiones, estilos de vida elegidos, y las intervenciones del propio individuo sobre su salud. Por ello, nadie sería capaz de garantizar un específico estado de salud. Además, la posibilidad cierta de acceder a servicios de atención posee una relación directa con los recursos disponibles, tanto de parte de los individuos como de la sociedad, de modo que la ausencia de enfermedad —desde esta lógica— no podría ser totalmente asegurada por el Estado.

.....
 2 La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los Representantes de 61 Estados.

3 Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el art. 27.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la línea inmediatamente anterior a cuando señala que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...», define a la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Por lo anterior, el «derecho a la Salud» no debe ser reducido al campo de las enfermedades, ni de los meros servicios de atención médicos, sino más bien debe ser comprendido en un espacio amplio que guarda relación con la posibilidad de que todas las personas —plenas en dignidad— puedan desarrollar todo su potencial y gozar de alcanzar el máximo bienestar en las múltiples dimensiones de lo humano (Artaza 2020).

Para ello, el Estado, la sociedad y los individuos deberían actuar en prevenir todo hecho o acciones dañinas o contrarias al bienestar actuando sobre la economía, el ambiente, la industria, el transporte, la educación, etc., al mismo tiempo que la sociedad a través del Estado —como expresión máxima de la organización político social de un colectivo para el logro del bien común—, realiza arreglos para una distribución equitativa de los recursos para proveer servicios integrales de atención, desde la promoción a los cuidados de largo plazo, disponibles para todas las personas y comunidades según la necesidad, en la medida de los recursos disponibles. La expresión según los «recursos disponibles» habla de una gradualidad en que los Estados no pueden darse por satisfechos con el reconocimiento de un mínimo del derecho, porque el cumplimiento de los derechos sociales debe ser progresivo. Así, los principios de progresividad y de no regresividad obligan a condiciones cada vez más rigurosas de exigibilidad, que obligan a justificar se está haciendo todo lo materialmente posible (respecto de los recursos) para satisfacer el derecho (Artaza 2020, 9).

El debate político y jurídico es intenso (Ronconi 2012, Atria 2004, Abramovich 2004). De una parte, existe la posición de los derechos sociales como derechos exigibles, es decir, que deben ser tratados como los derechos civiles y políticos en cuanto a su exigibilidad y protección jurisdiccional, y en el otro extremo, habría quienes creen que se debe considerar inconveniente colocar derechos sociales en el orden constitucional,

compartiendo la idea de que los derechos solo son plenamente reconocidos cuando son jurisdiccionalmente protegibles. Justamente, en esta segunda alternativa se cree que siempre habrá imposibilidad de cubrir todas las necesidades y que la protección jurisdiccional puede ser —en el caso de la atención médica— injusta, inequitativa e irracional, señalando como ejemplo el creciente fenómeno de la judicialización de la medicina.

El derecho internacional de los derechos humanos establece un conjunto de obligaciones que los Estados deben cumplir para hacer efectivo el ejercicio y goce de todos los derechos humanos (Urriola 2016). A partir de estas obligaciones, no solo se comprometen a respetarlos y protegerlos, sino que también a adoptar y aplicar todo tipo de medidas que conduzcan a la realización de tales derechos. Estas medidas, desde una visión integral de los derechos humanos, no se reducen a acciones aisladas y coyunturales para cumplir con sus obligaciones. Por el contrario, deben tener continuidad, responder a una estrategia global que involucre a todos los órganos del Estado y contemplar la evaluación de sus avances. La finalidad es incorporar un enfoque de derechos humanos en la actuación estatal, por el cual las políticas públicas deben convertirse en medios idóneos para la realización de los derechos humanos. Una política enfocada desde esta perspectiva sitúa a las personas y al reconocimiento de sus derechos en el centro del diseño de las políticas públicas. Lo que se busca —a través de este enfoque y mediante políticas coherentes y persistentes para superar la pobreza y promover la equidad, así como a través de la regulación del mercado y de la protección del ambiente— es reafirmar siempre que el fin último de toda política pública o decisión estatal es el ser humano, entendiendo a las personas ya no como individuos con necesidades que deben ser asistidas como objeto pasivo beneficiario de una acción discrecional, sino como sujetos activos, protagónicos, con derecho a demandar de otros determinadas prestaciones y conductas que deben ser promovidas, respetadas y garantizadas por el Estado y la sociedad en su conjunto.

La protección del derecho a la salud entiende que no todas las personas tienen igual necesidad. No toda diferencia sanitaria entre grupos expresa una desigualdad en salud. No lo es la variación natural, biológica;

tampoco la resultante de un comportamiento perjudicial que ha sido elegido libremente. Son desigualdades inaceptables aquellas diferencias entre grupos de la población que son injustas, evitables e innecesarias (Drago 2006). Es sobre dichas diferencias, que se expresan en distinta necesidad, sobre la que deben actuar los servicios para garantizar el derecho a todos sin discriminación de ninguna especie.

La Salud y los derechos sociales son interdependientes de la economía. Los fines de la justicia hacen que sean decisivos para definir los instrumentos y procedimientos pertinentes en la distribución de los recursos que constituyen la riqueza nacional (Whitehead 1990). Son claves para los derechos sociales el ejercicio de los derechos políticos, ya que para los primeros no es neutro la forma en que se aborda la temática de quién decide, del cómo se decide y del por qué se decide (Sojo 2011). No hay duda, en la medida de que los derechos políticos se consolidan crece la demanda ciudadana por el reconocimiento de los derechos sociales. Surgiendo entonces la pregunta sobre ¿de qué vale me reconozcan unos si no están los otros, posibilitando una efectiva expresión de la dignidad?

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en la Observación General 14 del 2000 (ONU 2000), ofrece una orientación detallada a los Estados en relación con sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. El Comité también indica que el derecho incluye los siguientes estándares esenciales e interrelacionados: «Disponibilidad. Los Estados deben asegurar la provisión de una infraestructura suficientemente válida de salud pública e individual en todo su territorio, así como instalaciones de agua y saneamiento seguras, personal capacitado y adecuadamente compensado y todos los medicamentos esenciales. Accesibilidad. El acceso a la salud consiste en cuatro elementos clave: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad de la información. Aceptabilidad. Las infraestructuras de salud deben ser respetuosas con la ética médica y la cultura de los individuos y las comunidades, así como prestar atención a los requisitos de géneros y relativos al curso de vida. Calidad. Las infraestructuras de salud deben ser científica y médicamente apropiadas y de buena calidad. Entre otras cosas, esto requiere

la provisión de medicinas y equipos necesarios, profesionales médicos formados y el acceso a agua y saneamiento».

En este proceso de creciente reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, es decir, considerando las condiciones concretas de existencia de cada región (Courtis 2006), los organismos sanitarios internacionales han ido proponiendo instrumentos idóneos para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, se han referido en sus mandatos específicamente a los vínculos entre el ejercicio de los derechos humanos, el goce de la salud y la vulnerabilidad social, haciendo reiterada referencia a las determinantes sociales de la salud, las que se suelen expresar más nítidamente en los grupos pobres, marginados y socialmente excluidos, y en grupos tales como las personas con trastornos mentales; las personas mayores; las personas con discapacidad; las mujeres (y las adolescentes) en el contexto de la mortalidad y la morbilidad maternas, la igualdad de género y la prevención de la violencia contra la mujer; las personas que viven con el VIH; los pueblos indígenas; y los y las adolescentes y los y las jóvenes (Ase y Buriyovich 2009).

Al hablar de derechos en salud, surge también en el debate político y ciudadano posturas con respecto a cuáles deberían también ser los «deberes» o responsabilidad de los individuos para con su salud y la de familias y comunidades. Al referirse a los deberes, no hay que olvidar que muchas responsabilidades personales requieren de capacidades determinadas socialmente. Es así como la «opción» por comportamientos saludables está en gran medida mediada por contextos sociales, culturales y económicos. De esta comprensión, en vez de una mirada acotada al «autocuidado» surge el concepto de co-cuidado o de cuidado con otros. En el ámbito de los deberes, tampoco hay que dejar de mencionar lo esencial de que personas y comunidades tengan poder real en salud, ya que desde el ejercicio real del «poder», es de donde efectivamente se puede ejercer plenamente la responsabilidad en salud.

Siendo la salud una construcción social, siguen plenamente vigentes los debates sobre los derechos individuales y colectivos en el ámbito de

la salud. En ese ámbito están los temas relacionados con la obligatoriedad de contribuir al financiamiento de manera anticipada (ex ante) a que se requieran los servicios de atención, la obligatoriedad de vacunar, los dilemas políticos y éticos involucrados en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las controversias con respecto a cómo utilizar de manera equitativa los recursos disponibles.

Salud universal como derecho

En la búsqueda de materializar el derecho a la salud, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud concordaron el año 2014 (OPS 2014) una estrategia para el acceso y la cobertura universal a la salud, la que se describirá a continuación. Los sistemas de salud tienen como objetivo principal contribuir a mejorar el nivel o condición de salud de las personas y poblaciones, con los recursos que la sociedad dispone (OPS 2010). Este desafío aporta al desarrollo y a la gobernabilidad de los países. Para ser sostenibles, las democracias deben, además de otorgar derechos políticos,⁴ asegurar niveles de justicia social y equidad en el ámbito de la protección social al ofrecer acceso a educación, salud, vivienda, empleo digno y seguridad financiera ante hechos vitales como la maternidad, la vejez, la discapacidad y la enfermedad. Esto debe garantizarse de manera que los ciudadanos se perciban partícipes —y no excluidos— del desarrollo del país. Esto explica el por qué acceder a servicios de salud de calidad, sin el riesgo de empobrecer, se constituye actualmente en un derecho que hoy las personas exigen (Vargas *et al.* 2002). De no hacerlo, los países arriesgan su gobernabilidad y la posibilidad de un desarrollo equilibrado.

Hoy, desde la perspectiva de los gobiernos, los sistemas de salud no solo deben contribuir a mejorar la salud de la población a la que sirven,

.....
4 La sostenibilidad y gobernanza de las democracias modernas, no se basa solo en la posibilidad de que los ciudadanos concurren a participar en procesos electorales, si no en que los frutos del desarrollo se distribuyan de tal manera que todas y todos se sientan incluidos y partes legítimas de la vida en sociedad. Esta construcción de nuevos «pactos sociales» incluyen los derechos sociales y dentro de estos de manera relevante el acceso a la salud.

respondiendo a las expectativas de los ciudadanos, sino que también deben contribuir a la cohesión social, a la sostenibilidad democrática y a la competitividad de los países (Drago 2006). La mala salud implica costos financieros e impactos en la productividad; la falta de cobertura, el acceso inequitativo y la mala atención implican costos políticos; el gasto ineficiente o excesivo conlleva pérdidas en competitividad.

Es comprensible, entonces, que en la mayoría de las naciones sea una aspiración el que los ciudadanos alcancen el derecho al goce de la mejor calidad de vida posible. La salud es un componente fundamental pues es pilar no solo del desarrollo individual, sino también del desarrollo sostenible de las naciones.⁵ El compromiso de responder a las necesidades de salud de las personas se ha traducido en algunos avances en cuanto a los indicadores de salud en el mundo (OPS 2012). Pese a estos logros, persisten importantes desafíos producto de —entre muchos otros factores determinados social y ambientalmente— la inequidad, la exclusión y la falta de acceso a servicios de salud de calidad para amplios sectores de la población (OPS 2012).

Reconociendo estos retos pendientes, renovando el espíritu de la Declaración de Alma-Ata de 1978 en nuevos contextos y escenarios, tal como se efectuara cuarenta años después en Astaná (OMS 2018), y superando enfoques que se acotan a aspectos estructurales, financieros o solo organizacionales, ha surgido en las últimas décadas un consenso en torno al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud —«Salud Universal»— como estrategia que busca materializar y garantizar el derecho a la salud como un derecho de todos, sin discriminación alguna. Dicho consenso se expresa en la Resolución CD53.R14 (OPS 2014) para salud universal. El logro del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, es el valor central que, junto

.....
5 Para más información sobre la salud como condición previa, resultado e indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible, véase *Declaración de Río sobre los determinantes sociales de la salud* del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río + 20) del 2012, la Declaración de las Naciones Unidas de diciembre del 2012 y el debate sobre la agenda para el desarrollo después del 2015.

con la equidad y la solidaridad, sustenta los debates y consensos que hemos alcanzado en las Américas en relación con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (salud universal) (OPS 2014).

Lo anterior implica un acuerdo de avanzar hacia el objetivo de que: todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a las personas usuarias a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. Por tanto, alcanzar la salud universal requiere de un nuevo pacto social en nuestros países que, en línea con los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS, defina e implemente nuevas políticas y acciones con un enfoque multisectorial, que actúen sobre los determinantes sociales de la salud, fomenten el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar y generen las condiciones políticas y técnicas para transformar nuestros sistemas de salud.

La estrategia para la salud universal implica cuatro líneas de acción claramente interdependientes: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación de los pagos directos de bolsillo, que se convierten en una barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la estrategia.

El debate regional relevó que el concepto cobertura, que se refiere fundamentalmente a las capacidades del sistema de salud en infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento para responder a las necesidades de la población, que aunque sienta los fundamentos necesarios, no sería suficiente por sí solo para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud. Por lo anterior, producto del debate y construcción de consensos a nivel de los Estados Miembros, se quiso colocar énfasis simultáneo

al concepto de acceso. Entendiendo por acceso a la capacidad efectiva de la población para hacer uso de los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan, lo que implica la eliminación progresiva de las barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género, que obstaculizan, limitan o impiden que todas las personas —sin discriminación alguna— utilicen servicios integrales de salud de manera equitativa; es decir, servicios adecuados, oportunos y de calidad. Se refiere a las acciones poblacionales o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidado paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.

El concepto de acceso universal tiene su fundamento en el nuevo paradigma de los sistemas centrados en las personas y las comunidades, implica el desarrollo de modelos de atención basados en la APS, transformar la organización y la gestión de los servicios para el aumento de la capacidad resolutoria de las Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS; y de acciones sanitarias y de prestación de servicios integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, que requieren del desarrollo de capacidades humanas, de su distribución adecuada a las necesidades y de la capacitación y educación permanente, que aseguren un óptimo desempeño; así como de la suficiencia, oportunidad y calidad del suministro de medicamentos y su uso racional, así como de otras tecnologías de la salud.

Para alcanzar el derecho a la salud, en cualquier sociedad, con independencia del nivel de desarrollo que posea, los recursos van a ser siempre limitados o insuficientes en relación con las demandas potenciales de personas y comunidades. Los recursos económicos escasos siempre están rivalizando entre sí por su mejor utilización para maximizar el bienestar general de la sociedad, lo que la ciencia económica llama costo de oportunidad. Este fenómeno, junto con resolver cuánto invertir en salud, obliga permanentemente a tomar decisiones con respecto a, primero, dónde o en qué invertirlos y, segundo, cómo utilizarlos mejor.

Con relación a dónde invertir, para lograr la salud universal los países deben avanzar en ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas y reducir los pagos directos de bolsillo (OPS 2015). Sin embargo, los países se enfrentan al dilema de cómo tomar decisiones correctas y socialmente aceptadas con respecto a dónde o en qué invertir los recursos escasos, y de cómo utilizarlos mejor y de manera justa: qué servicios ampliar en primer término (criterios para priorizar); a quiénes incluir primero —procurando que los grupos desfavorecidos, que suelen estar en los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados—, y cómo pasar del pago de bolsillo al prepago. Un compromiso con la justicia y la preocupación afín por la equidad, así como con el respeto de los derechos de las personas a la atención de salud, deben guiar a los países en la adopción de estas difíciles decisiones. Con relación a cómo gastar, recaudar más dinero para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará, por sí mismo, la salud universal. Tampoco lo harán los mejores arreglos de protección financiera y de mancomunación de fondos, o la sola eliminación de las barreras económicas para el acceso a través de la eliminación de los copagos. Junto a lo anterior, el requisito esencial es asegurar que los recursos se usen de manera eficiente (Artaza 2016). No podemos ignorar la importante cantidad de recursos que se pierden por mala administración, participación desregulada del mercado en salud o corrupción en nuestros países. Identificar las fuentes de ineficiencia forma parte de la responsabilidad de un buen gobierno y es esencial para la generación de un mayor espacio fiscal para salud. Se requiere de decisión política para avanzar hacia una mayor transparencia en los procesos de decisión, gestión, compra y rendición de cuentas a través del empoderamiento de la sociedad civil en el control efectivo del uso de los recursos públicos, así como para desarrollar mayores competencias regulatorias y de fiscalización de la participación de distintos actores en salud que aseguren el mejor uso de los recursos y, por tanto, una mayor contribución al bien común y a la materialización del derecho.

Para el logro del derecho a la salud no basta con asegurar acceso a servicios integrales y de calidad, siendo fundamental que, además de un Estado capaz de actuar efectivamente sobre las determinantes

sociales de la salud, este pueda ejercer una adecuada rectoría sobre el mercado de modo que pueda garantizar el contexto para una vida saludable (Artaza 2017).

La epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles —ECNT— está impulsada en gran medida por el consumo de productos como el tabaco, las bebidas alcohólicas y los alimentos ultra procesados, unido a la inactividad física; y los pobres y vulnerables son los más afectados. En el 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció la alta carga mundial de las ECNT y sus factores de riesgo conexos, e instó a todos los sectores de la sociedad y del gobierno a que trabajaran intersectorialmente, esto está expresado en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Muchos han denominado a la epidemia de ECNT en general y en particular a la de obesidad como «la epidemia comercial», dado que claramente todas las estrategias de comercialización influyen inexorablemente en los comportamientos de las personas, sus perfiles de consumo y por lo tanto su riesgo de presentar determinadas enfermedades y sus consecuencias.

A diferencia de la prestación de los servicios de salud, muchas de las medidas sobre tabaco, alcohol, seguridad vial, alimentos y ambiente, requieren subsanar fallas del mercado o modificar prácticas sociales generalizadas, es decir, cambios que solo pueden lograrse mediante la aplicación eficaz de legislación o regulación, a menudo en ámbitos ajenos al alcance tradicional de los sistemas de salud. Incluyen colaborar con otras esferas del gobierno (por ejemplo, los ministerios de economía, transporte o finanzas); adoptar enfoques multisectoriales; crear capacidad a nivel de los gobiernos locales, así como a nivel nacional; y generar voluntad política. Aunque la regulación puede establecer límites a las actividades de la industria, la buena regulación también puede promover un mercado más justo que funcione con mayor eficacia al crear condiciones de competencia equitativas en las que aquellos productores, que pueden y realmente actúan éticamente para proteger la salud, no estén en desventaja.

En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se indica que «la poca capacidad regulatoria a nivel nacional» es un riesgo para el control de las

ECNT, lo que a su vez «permite que las industrias del tabaco, el alcohol, los alimentos procesados y las bebidas azucaradas interfieran y obstaculicen el progreso en los países» (OPS 2014). La regulación ha sido reconocida claramente como una función esencial de la salud pública (Artaza 2017), pero está más atrasada que otras áreas de acción de la salud pública. No es algo nuevo regular en salud pública de lo que tiene que ver con los servicios de salud. Hay múltiples ejemplos, los estándares para potabilizar el agua, la inocuidad de los alimentos, las normas para manipular y conservar los alimentos, la autorización de comercialización de los medicamentos, las normas de venta y comercialización de sucedáneos de la leche materna, los estándares para evitar accidentes laborales etc.

Para el logro de la materialización del derecho a la salud es necesario incrementar las injerencias y las capacidades regulatorias del sector salud en estos temas, dado que, si bien escapan a su exclusiva competencia y necesita contar con otros sectores de gobierno, las políticas regulatorias intersectoriales mencionadas no podrán ser dadas sin el liderazgo claro del sector salud debido a que este tiene como misión, interés y competencia proteger y preservar la salud de la población.

La garantía de derechos y la escasez

Es responsabilidad del Estado el garantizar el derecho a la salud a través del acceso efectivo a un conjunto de beneficios y prestaciones de servicios integrales para todos los habitantes sin discriminación por condición laboral, etnia, lugar de residencia, género o ninguna otra especie de distinción, que no se asocie estrictamente a la necesidad. Es preciso desarrollar la capacidad institucional de los Ministerios o Secretarías de Salud para definir, costear, implementar y legitimar socialmente los contenidos de los planes de prestaciones que tengan carácter de obligatorio para toda la población. En dichos programas o conjuntos de beneficios en salud para toda la población es esencial que estén claramente definidas las condiciones de acceso, protección financiera y calidad. Así como la existencia de una institucionalidad

regulatoria con reales capacidades para asegurar que dichas condiciones sean cumplidas para todos.

El reconocimiento legal de un derecho, e incluso su instrumentación normativa, no siempre significa su plena realización. De hecho, en nuestros países el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores entre los que destacan los de orden financiero, cultural, geográfico y de género, configurando así una «geografía de la exclusión» de la protección social en salud. De hecho, tratar de remediar esta situación ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio (conocidas genéricamente como «reformas») que se han introducido en los sistemas de salud de los países de la región en las últimas décadas.

Los sistemas de salud no pueden ofrecer «todo para todos y al mismo tiempo». No hay país en el mundo que pueda afrontar ese desafío. La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos, el desafío es cómo abordar esto desde la óptica de los derechos humanos. Mientras nuestras sociedades sean inequitativas habrá presiones políticamente insalvables para condiciones de acceso y calidad mejores de unos con respecto a la de otros grupos. O cambiamos radicalmente nuestro tipo de sociedad o asumimos las consecuencias de ello en salud. Por tanto, desde el punto de vista de «Salud Universal» es primordial definir un estadio esencial posible para todos, coherente con el concepto ético de dignidad humana, y ese estadio debe establecerse como el punto de partida para considerar la universalidad. Ese estadio debe contener lo prioritario para promover y mantener la vida y su calidad sin diferencias evitables; debe incorporar todo el costo-efectivo que el conocimiento va colocando a disposición de los sistemas sanitarios; debe asegurar que nadie queda afuera, especialmente los más vulnerables. Una vez definido ese estadio, este debe traducirse en un plan universal de salud, conjunto de beneficios o programa obligatorio, adecuadamente financiado, implementado a través de la estrategia de APS y bien gestionado. No hay «milagros» en salud, ya hay suficiente evidencia para fundamentar lo anterior en contextos de sociedades que siguen generando exclusión.

Es indispensable definir en qué consiste lo esencial, lo ético que puede/debe garantizarse a todos sin exclusión, con el fin de avanzar a derechos

sociales en salud que se cumplan. Lo anterior debe realizarse sin acotar los beneficios o posibilidades de acceso a una lista o «plan básico» para pobres, ya que es resistido por la ciudadanía (la focalización de los recursos en los más pobres solo se traduce en producir sistemas estratificados, en los cuales los servicios reservados a los pobres son de calidad inferior. Los servicios para los pobres terminan siendo «pobres servicios»). También, hay que reconocer la existencia de tendencias en algunos sectores políticos que, en sus discursos, con el supuesto legítimo de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud, tienden a ofrecer «igualdad en salud» sin los respaldos de recursos que haga eso posible. Lo anterior, junto a las influencias de los medios de comunicación, genera una creciente explosión de expectativas que se traduce en un real problema político a la hora de tomar decisiones claves para conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles. Por su propia naturaleza, las necesidades en salud son potencialmente infinitas y los recursos para atenderlas no lo son.

La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica y la dinámica de la industria de la salud hacen posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario. Por todo lo anterior, en materia de atención a la salud, siempre existe alguna forma de racionamiento. Toda sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada uno se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente y democrático. Este último punto es clave y las preguntas que muchos se hacen son ¿cómo hacer participar a la ciudadanía en la toma de decisiones?, ¿cómo hacer realmente protagonista a las personas?, e incluso, muchos también se hacen la pregunta de si eso es siquiera posible. Frente a hacer participar a las personas, surge el temor de que aquellos grupos más favorecidos y con mayor capacidad de ejercer presión coapten los recursos disponibles para sus intereses. Asimismo, en muchos de nuestros países, está la realidad creciente de que finalmente los jueces se van constituyendo en «autoridad sanitaria» al obligar a incorporar prestaciones, muchas de las veces no costo-efectivas.

El dilema —en el contexto de los cambios en salud— es cómo establecer mecanismos institucionales de gobernanza para una adecuada participación ciudadana en la formulación de las políticas públicas en salud. Dicho de otro modo, cómo un programa o política de ampliación de cobertura y acceso puede ser a la vez «técnicamente correcto y socialmente legítimo». Especialmente, cuando en muchas sociedades el sistema sanitario —sus valores y objetivos— han pasado a formar parte de la «identidad» que esa misma sociedad tiene de sí misma.

Al momento de hablar de universalidad y el debate de cómo «administrar la escasez», si vía oferta (filas de espera) o por la demanda (precio o «paquetes»), obliga a los países a resolver el dilema al menos a través de tres situaciones. La primera es si debe existir un plan que incorpore todas las prestaciones de manera genérica, limitando el debate a la definición de las prestaciones que deben quedar explícitamente excluidas y a cómo priorizar las listas de espera. La segunda es si debe haber un plan acotado que señale solo explícitamente las prestaciones o problemas de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población sin discriminación alguna y dejando pendiente qué hacer con lo que se deja de proteger. Y una tercera, que mezcla las anteriores, a modo de ofrecer un plan universal de carácter integral, que excluye solo temas como la cirugía estética, tratamientos en el extranjero y aquellos de carácter experimental o sin costo-efectividad demostrada, pero que dentro de este, prioriza un conjunto de problemas (por su impacto o magnitud con relación a la mortalidad y calidad de vida) asegurando que dicho subconjunto no enfrente problemas de oferta de servicios y acceso efectivo en rincón alguno del país.

En los países que no aceptan «conjuntos de beneficios», la pregunta es similar con respecto a cómo «gestionar las listas de espera», para dar legitimidad social a los criterios y mecanismos como se prioriza en la práctica en los países que tienen sistemas «universalistas». Toda sociedad debe elegir, sobre la base de principios políticos y éticos, el modelo de sistema de salud al que aspira. Al definir las fórmulas de acceso a la salud existen diferentes criterios: capacidad de pago, asistencialismo o derechos ciudadanos. Dado que los recursos siempre son escasos en comparación con las necesidades y con las expectativas, la decisión de

qué criterio usar tendrá gran influencia sobre la distribución de los beneficios de la atención. Esto se constituye en una de las cuestiones más importantes y complejas en la formulación de las actuales políticas de salud hacia la universalidad.

Conclusiones

El derecho a la salud es sin duda un concepto en construcción y no es sinónimo de «derecho a prestaciones médicas», más que nada es el derecho —emanado del reconocimiento de la dignidad del ser humano— a condiciones para una vida saludable y plena. En ello es esencial la acción eficaz de los países sobre las determinantes sociales de la salud y que los modelos de desarrollo favorezcan la equidad y la justicia social. Sin lo anterior, la materialización de derechos reales en el ámbito de la salud no pasa de ser algo ilusorio, especialmente en un contexto de escasez de recursos.

Como parte de las condiciones para la vida saludable, son esenciales las acciones del Estado en materias regulatorias, de forma que se pueda garantizar acceso a alimentos y espacios saludables. Equidad, justicia y cuidado del ambiente, son la esencia de los 17 nuevos Objetivos de aplicación universal de Desarrollo Sostenible, ODS, de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En los próximos 15 años los países deberán intensificar los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y proteger el ambiente, garantizando al mismo tiempo, que nadie se quede atrás. Esta agenda, en la medida de que se traduzca en políticas efectivas, evidentemente tendrá implicancias en la materialización del derecho a la salud de los pueblos. Justamente su objetivo 3, muy en línea con el compromiso de los países americanos sobre acceso y cobertura universal a la salud, propone garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad.

Tanto acceso y cobertura universal a la salud, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, nos obligarán a fortalecer nuestras capacidades de avanzar en el tema de políticas viables y persistentes. El tema de la

construcción social de consensos es un aspecto al que no se le ha dedicado toda la atención que amerita, quizás por la insuficiencia de nuestra cultura democrática. Sin duda, el diseño de las políticas públicas del mañana tendrá necesariamente la obligación de darle un papel fundamental a los procesos de interlocución social, con el objeto de dar legitimidad a dichas políticas, quizás en este tópico redunde que «Salud Universal» pueda hacer posible el sueño de «Salud para Todos» y que las metas de los ODS sean una realidad.

Referencias

- Abramovich, Víctor y Christian Courtis. 2004. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.
- Ase I., Jacinta Buriyovich J. 2009. «La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? La Estrategia de Atención Primaria de la Salud». *Salud Colectiva* 5, nro. 1: 27-47.
- Artaza O. 2016. «La eficiencia para la salud universal». *Revista Salud Pública de México* 58, nro. 5: 493-5.
- . 2017. *Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal*. Buenos Aires: OPS.
- Artaza Barrios O, Méndez CA. 2020. «Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud». *Rev Panam Salud Pública* 44: e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>
- Artaza O. y S. Laspiur S. 2017. «Salud Universal: materializando el derecho a la salud para todos». En *El derecho a la salud en la Argentina*, editado por Sergio Del Prete. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD.
- Atria, Fernando. 2004. «¿Existen derechos sociales?» *Discusiones*, nro. 4: 15-59.
- Courtis, C. 2006. «Los derechos sociales en perspectiva: la cara jurídica de la política social». En *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe: los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*, compilado por Ana Sojo y Andras Uthoff, 23-53. México: FLACSO.
- Den Exter, André y Herklans, Herbert. 1991. «The Right to Health Care: A Changing Concept?». En *The Right to Health Care in Several European Countries*, editado por A. den Exter y H. Hermans, 1-10. Kluwer Law International.
- Drago, Marcelo. 2006. *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Santiago: CEPAL.
- Figueroa R. 2013. «El derecho a la salud. Estudios Constitucionales», *Estudios Constitucionales* 11, nro. 2: 283-332.
- Giesen, D. 1994. «A Right to Health Care?: A Comparative Perspective». *Health Matrix* 4: 277-95.

- Leary, V. 1993. «Implications of a Right to Health», En *Human rights in the twenty-first century: a global challenge*, editado por Kathleen E Mahoney, LL. B., Paul Mahoney, 481-93. Boston: Dordrecht.
- ONU. Organización de las Naciones Unidas. 2000. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 220 período de sesiones, 25 de abril a 12 de mayo. Ginebra: ONU.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2018. «Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible». Astaná (Kazajistán), 25 y 26 de octubre.
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2010. *La Salud y los Derechos Humanos. Documento conceptual*. CD50/12. 50° Consejo Directivo. Washington, D.C.: OPS.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-s.pdf>
- . 2014. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Resolución CD53.R14. Washington, D.C.: OPS.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es
- . 2014. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington, DC: OPS.
- . 2015. *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud*. Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud. Washington, DC: OPS.
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18469/9789275318720_esp.pdf?ua=1
- Roemer, R. 1989. «The Right to Health Care». En *The right to health in the Americas: a comparative constitutional study*, editado por Hernán L. Fuenzalida-Puelma, Susan Scholle Connor, 17-23. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization.
- Ronconi, L. 2012. «Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos». *Salud Colectiva* 8, nro. 2: 131-49.
- Sojo, A. 2011. «Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas». *Ciência & Saúde Coletiva* 16, nro. 6: 2673-85.
- Squella, A. 2005. «El derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales de las personas». *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, nro. 23: 103-33.
- Tomasevski, K. 1995. «Health Rights». En: *Economic, social and cultural rights*, editado por Eide A, Krause C, Rosas A, 125-42. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Urriola, R. 2016. *La salud como derecho: Alcances conceptuales y operativos*. Santiago: Colección Ideas: Chile Veintiuno.
- Vargas, I., Vasquez, M. L., y Jane, E. 2002. «Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica». *Cad. Saúde Pública* 18, nro. 927-37.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10177.pdf>
- Whitehead, M. 1990. *Conceptos y principios de igualdad y salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ciudadanía biológica y autonomía

Yanira Zúñiga Añazco¹

Introducción

En el intersticio de los siglos XIX y XX la regulación jurídica de la salud experimentó notables cambios, producto de descubrimientos científicos y de fenómenos sociales. Por una parte, el desarrollo de la microbiología y de la inmunología permitió comprender los mecanismos de transmisión de las enfermedades infecciosas y esclarecer el rol de los comportamientos humanos en su propagación y prevención. Con ello se puso las bases para pensar la salud como un asunto comunitario, que requería la creación y organización de sistemas sanitarios administrados preferentemente por el Estado. Por otra parte, el emergente constitucionalismo social de principios del siglo XX transformó la preocupación por las condiciones de vida de las poblaciones trabajadoras en fórmulas jurídicas que reconocían, en textos constitucionales (México 1917; Alemania 1919), el *derecho* de los trabajadores a la protección y conservación de su salud y a la previsión de las consecuencias económicas derivadas de la enfermedad. Estas fórmulas jurídicas terminaron por

¹ Profesora titular de la Universidad Austral de Chile. Es Dra. en Derecho por la Universidad Carlos III de Madrid y cuenta con una vasta trayectoria de investigación en derechos humanos, género y teoría feminista.

expandirse a buena parte del mundo occidental después de la segunda guerra mundial, dando forma a lo que actualmente se conoce como el derecho a la salud o a la protección de la salud.

Así, la relación clínica, es decir, la relación que vincula a las personas enfermas y al personal de salud se erigió, casi coetáneamente, en un eje de los sistemas institucionales de provisión de servicios de atención y prevención sanitaria; y en el centro de un conglomerado de relaciones jurídicas inscritas en una nueva concepción de los Estados como facilitadores, aseguradores o directamente prestadores de servicios sociales correlativos a los derechos de salud de sus ciudadanos. En otras palabras, el hospital se transformó en un nuevo *locus* de la ciudadanía.

En Chile, los debates jurídico-políticos de las últimas décadas se han concentrado en la necesidad de garantizar el acceso de toda la población a las prestaciones de salud en condiciones de igualdad. Con relativo éxito, dicho enfoque ha permitido ensanchar un modelo constitucional que reducía el derecho a la protección de la salud a la mera facultad individual de elegir el sistema de provisión (público y privado) de la atención sanitaria, y ha impulsado un proceso de universalización de este derecho. Sin embargo, la focalización en la dimensión prestacional del derecho a la salud ha implicado, en contrapartida, un cierto descuido de las cuestiones vinculadas a la autonomía de las personas en el plano de la salud.

Este trabajo se plantea como una contribución a esta última línea de análisis. Para ello pretendo bosquejar el proceso de construcción de la ciudadanía en el hospital, caracterizar sus implicancias y proyecciones e identificar sus problemas. La reflexión que aquí desarrollaré asume, como punto de partida, que la autonomía moral de los sujetos en el hospital, es decir, el reconocimiento de su agencia para la adopción de decisiones individuales relativas a sus cuerpos no solo configura un principio moral de relevancia para la bioética, opera también como un principio jurídico del cual depende la garantía de un conjunto de derechos individuales que se ejercitan en este espacio —entre otros, la salud, la intimidad, y los derechos sexuales y reproductivos— y es, asimismo, una pieza clave de la política sanitaria vista desde una perspectiva democrática. Al hilo de este enfoque se examina: (i) la mutación de la

ciudadanía social en ciudadanía biológica; (ii) sus problemas y desafíos; (iii) el consentimiento informado, CI, como nuevo paradigma de la relación clínica, y (iv) su tratamiento en la jurisprudencia chilena.

De la ciudadanía social a la ciudadanía biológica

Desde que T. H. Marshall en su célebre ensayo sobre *Ciudadanía y clase social* (1950) vinculara la expansión de las políticas europeas de bienestar con una dimensión de la ciudadanía —la ciudadanía social— los derechos políticos han dejado de concebirse como el descriptor único de la ciudadanía. La concepción tripartita de ciudadanía propuesta por Marshall asume que en el siglo XVIII surgieron los derechos civiles (particularmente, los derechos de propiedad, de contratación, de igualdad ante la ley y las libertades de expresión, conciencia y culto); en el siglo XIX, los derechos políticos (el derecho a sufragio y a ser representante de los electores) mientras que en el siglo XX habrían emergido los derechos sociales conjuntamente con un nuevo modelo de Estado: el Estado de bienestar o social. Así, ciudadanía social y Estado de bienestar serían dos caras de un mismo proceso. El modelo de Estado social, a su turno, se define por la presencia de una serie de dispositivos constitucionales o legales que reconocen y garantizan derechos individuales a percibir prestaciones de seguridad social (referidas a educación, empleo, vivienda, salud, etc.) en condiciones de igualdad y a contar con servicios estatales organizados a tales efectos. Así, ciudadanía social y Estado de bienestar serían dos caras de un mismo proceso.

La idea de la ciudadanía social trasladada al ámbito de la salud puede ser denominada *ciudadanía biológica*, *ciudadanía de la salud* o *ciudadanía en el hospital*, de una manera relativa intercambiable. Aquí hablaré de *ciudadanía biológica* para referirme a un proceso que implica la positivación de la protección de la salud como un derecho humano, su promoción y garantía mediante la expansión de los sistemas de provisión estatal de prestaciones sanitarias, pero que trasciende dichas esferas. Los usos de la noción *derecho a la salud* en el lenguaje jurídico nacional y comparado remiten habitualmente a las condiciones de acceso a la

atención sanitaria en condiciones de igualdad y postulan la necesidad de un sistema universal de prestaciones de salud. En contraste, la noción de *ciudadanía biológica* reenvía al rol del cuerpo en la construcción de la subjetividad e invita a reflexionar especialmente sobre los desafíos del ejercicio de la autonomía individual en los contextos de salud. Generalmente, ambos enfoques corren por carriles separados.

El punto de partida de este trabajo es que la noción de ciudadanía biológica ofrece marcos conceptuales novedosos, complejos y, sobre todo, críticos para pensar las relaciones entre derecho a la salud y autonomía, y que sin una adecuada garantía de la autonomía de las personas enfermas, el derecho a la salud pierde contenido emancipador e igualitario.

Problemas y desafíos de la ciudadanía biológica

La autodeterminación individual sobre el cuerpo es problemática debido a que, desde la modernidad en adelante, los cuerpos individuales constituyen una pieza estratégica de una relación sinérgica entre cuerpo social, trabajo y producción, que lejos de disminuir se ha acrecentado contemporáneamente, pese a la expansión de la democracia y de los derechos humanos. A partir de la modernidad, los cuerpos han sido sustraídos del autogobierno individual a través de una serie de dispositivos disciplinarios, entre los cuales destaca el poder/saber que ejercen los profesionales de la salud sobre las personas enfermas. Este poder-saber tiene la particularidad de reposar sobre esa misma razón ilustrada, que postula que los individuos son soberanos para adoptar decisiones relativas a sus vidas y a sus cuerpos (Foucault 1976). En efecto, la medicina clínica del siglo XIX no solo transfiguró la noción de enfermedad, al vincularla a la muerte, sino que operó también una profunda transformación en las formas de configuración y transmisión del conocimiento sobre el sufrimiento, antes radicado en el paciente. De esta forma, la medicina moderna dejó de ser la expresión de una tradición, con visos de arte, cuyo objeto era el sufrimiento de un paciente individual, y se transformó en la ciencia que estudia los individuos finitos, con pretensiones de

universalidad (Foucault 2003). Así se habrían sentado las bases para el desarrollo posterior de la biopolítica.

Foucault concibe a la biopolítica como una estrategia de gubernamentalidad no circunscrita al Estado, cuyo propósito es ejercer un control sobre la vida de los individuos. A diferencia del poder soberano pre-moderno, que permitía al Estado despojar al súbdito de sus bienes y de su propia vida, la biopolítica se nutre de una serie de dispositivos disciplinarios (entre ellos, el hospital) dirigidos a controlar las conductas humanas a través de los cuerpos individuales, con el propósito de normalizarlos, es decir, inscribirlos en un doble aparato político: de reproducción de la especie humana, por una parte, y del capital, por la otra. Así, a partir de la modernidad, la vida habría devenido en el objeto exclusivo de la biopolítica, y en lugar de los súbditos o sujetos jurídicos, habría sido sustituido por los cuerpos y las poblaciones (Foucault 1981, 23-27). En términos concretos, lo anterior implica que las preocupaciones sociales sobre las condiciones de vida de la población, instrumentadas mediante políticas sanitarias o laborales relacionadas con la natalidad, la morbilidad, la mortalidad, la longevidad, la fecundidad, la nutrición, etc., tendrían por propósito garantizar que los cuerpos individuales actúen como máquinas de producción de bienes, riqueza y de otros individuos. Desde esta perspectiva, la regulación jurídica de la anticoncepción, del aborto, de los permisos maternales o de la reproducción asistida no solo reflejaría las concepciones sociales dominantes sobre el género y la sexualidad; serían también medios para alcanzar objetivos demográficos o productivos. Lo propio ocurriría con los criterios de razonamiento sanitario que condicionan la prestación de salud pública. Estos criterios estarían vinculados no solo a la escasez de recursos económicos, también promoverían objetivos de eficiencia económica tributarios de las exigencias del mercado de trabajo (Zúñiga Fajuri 2011).

Es evidente que la biopolítica, así concebida, no puede coexistir, sin tensión, con la autonomía individual y, en definitiva, con los derechos humanos cimentados en ella. La relación clínica —el vínculo entre profesional de salud y paciente— ha estado históricamente llamada a administrar esta tensión, a efectos de que la verdad científica prevalezca.

De ahí que pueda afirmarse que la relación clínica ha sido moldeada y singularizada por las necesidades de la biopolítica.

La relación clínica se ha vertebrado históricamente como una relación asimétrica, de orientación paternalista, basada en la autoridad científica y vivenciada como un vínculo de confianza por parte del paciente. Dado que el profesional de salud posee una mirada técnica capaz de ver, aislar e identificar lo que hay de normal y de anormal en un conjunto de cuerpos, la voluntad del paciente —su autonomía— solo puede ser respetada a condición de que aquella no amenace su salud. La omnipresencia del lenguaje técnico en la interacción médico-paciente provoca, a su turno, una brecha comunicacional que actualiza constantemente el dispositivo de poder-saber, disminuyendo la capacidad cognitiva del receptor de la información y enfatizando la autoridad del conocimiento científico. Por último, la confianza desmedida que, a menudo, las personas enfermas depositan sobre el potencial terapéutico de la medicina clínica acrecienta también la autoridad médica al amplificar el real alcance de las prácticas sanitarias. En la medida en que el profesional clínico es percibido como una figura todopoderosa, la disposición del paciente se asemeja más a la de alguien que efectúa un ruego a quien tiene el poder de concederle una gracia, que a la de quien ejerce un derecho.

Como consecuencia de lo anterior, la relación clínica es eminentemente escurridiza para las categorías clásicas de análisis jurídico. Así, por ejemplo, aun cuando pueda entenderse que entre un paciente y un profesional de la salud se constituye una relación de naturaleza contractual, debido a la existencia de una prestación de servicio, la idea de *contrato* en el derecho civil presupone una equivalencia de información y de posición social de las partes contratantes. En la relación clínica, en cambio, la información de la que dispone el paciente y la posición social que ocupa respecto del personal de salud no es equivalente. Tampoco resulta sencillo asimilar, sin más, la relación clínica a un vínculo mediado por las normas de derechos humanos. Desde el punto de vista jurídico, el titular de los derechos humanos es un sujeto que reclama, por lo general, una capacidad de autodeterminarse sin interferencia ajena, mientras que el paciente se encuentra, en la práctica, simbólica

y materialmente subordinado a la prescripción médica. En consecuencia, si hubiera que elegir una figura dentro del repertorio jurídico que grafique adecuadamente el régimen del paciente en el devenir histórico de la medicina clínica, pareciera que esa figura coincide de mejor manera con la del *incapaz*, es decir, aquella persona respecto de la cual el ordenamiento jurídico presupone la falta de autonomía moral para adoptar decisiones libremente. En efecto, el paciente ha sido concebido como un receptor pasivo de las decisiones que otros (el personal de salud) están llamados a adoptar, por estar esos otros en una mejor situación para formarse un juicio racional.

Lo dicho hasta aquí permite poner de relieve las tensiones ínsitas en la idea de ciudadanía biológica o, en otros términos, identificar los problemas asociados a una expansión de la idea de ciudadanía al hospital, sin solución de continuidad. En consecuencia, para resguardar el potencial emancipador que ofrece la idea de ciudadanía aplicada al contexto de salud es imperativo adoptar una perspectiva correctiva y crítica. En la medida de que la ciudadanía biológica desafía con mayor rotundidad que otros proyectos jurídico-políticos el presupuesto fáctico de la agencia individual, su instalación requiere la corrección de las condiciones estructurales que impiden u obstaculizan el ejercicio de los derechos en los contextos de salud, y en particular, de la autonomía en la relación clínica. Por otro lado, como advierten Rose y Novas (2003), el desafío de implementar una efectiva ciudadanía biológica nos convoca a revisar críticamente la tradición teórico-práctica de la ciudadanía y reconocer que ella descansa sobre concepciones biológicas específicas que, explícita o implícitamente, han respaldado diversos proyectos de ciudadanía (algunos excluyentes), moldeando nuestras ideas de lo que significa ser un ciudadano y sustentado en distinciones entre ciudadanos reales, potenciales, problemáticos e imposibles.

La reflexión teórica sobre la ciudadanía biológica nos obliga, en concreto, a interrogarnos sobre los desafíos éticos y jurídicos que entrañan los avances científicos asociados al cuerpo (por ejemplo, el uso de tejidos u órganos corporales para investigación, experimentación o donación); sobre las condiciones que deben satisfacer los sistemas de provisión de salud para garantizar la autonomía individual, particularmente

respecto de la relación clínica; sobre las implicancias ético-jurídicas del déficit de acceso estructural de ciertas poblaciones a las prestaciones sanitarias (migrantes, mujeres, pobres, indígenas, residentes no urbanos, etc.) y sobre las maneras de evitarlo; así como sobre las diversas vías para articular la participación ciudadana en el diseño y aplicación de las políticas públicas de salud, sus impactos en las distintas poblaciones y territorios.

Desde luego, en un trabajo como este no es posible abordar todas las dimensiones antes identificadas. En lo sucesivo, quiero hacer algo más modesto. Retomaré la cuestión de la autonomía individual en el marco de la relación clínica, revisaré la regulación jurídica existente en Chile enfocándome en el tratamiento de la cláusula de consentimiento informado; e intentaré delinear, a partir del examen de la jurisprudencia de los tribunales, un horizonte de aplicación de esta cláusula, identificando sus potencialidades y limitaciones.

El consentimiento informado como nuevo paradigma jurídico de la relación clínica

Las transformaciones obradas en la relación clínica contemporánea buscan redibujar la asimetría que históricamente ha caracterizado la relación clínica, equilibrándola, mediante la creación de estatutos que reconocen la autonomía de los «pacientes» y restringen, correlativamente, la actividad del personal de salud. La expresión jurídica paradigmática de este fenómeno de carácter global es el establecimiento de la cláusula de consentimiento informado, CI, la cual tiene reflejo en el ordenamiento jurídico local.

En el caso chileno, la cuestión del CI como garantía de la autodeterminación de las personas enfermas había recibido alguna atención entre la doctrina jurídica a propósito de la responsabilidad civil médica, y en particular, respecto de la posibilidad de que su omisión generara un daño susceptible de indemnizarse (De la Maza 2010). Sin embargo, su materialización normativa requirió su positivación legal, como parte de un movimiento de expansión de las normas de derechos humanos,

desde la Constitución a las leyes sanitarias, que tiene su hito en la dicción de la ley 20.584 que *regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud* (D.O. 24.04.2012).

La ley 20.584 (o ley de derechos y deberes de los pacientes) regula, entre otros derechos, el derecho al trato digno (art. 5), el derecho de información (arts. 8 al 11), la reserva de la información clínica (arts. 12 y 13) y el derecho a otorgar o denegar la voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento de salud, con las limitaciones establecidas en el art. 16 (que se refieren a la proscripción de acelerar la muerte). En general, la doctrina entiende que la CI está regulada en el art. 14 y que otras normas de la ley la complementan (Figuroa 2013). Así, por ejemplo, el art. 10 regula el alcance, oportunidad, suficiencia y características de la información que se debe proporcionar al paciente, y los casos en los que no fuere posible entregar esta información a este último y debiera entregarse, sustitutivamente, a representantes o cuidadores de aquel, mientras que el art. 15 regula los casos en que la ley releva a los profesionales de salud de la exigencia de contar con este consentimiento previo. El referido art. 14 establece que:

Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el art. 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el art. 10.

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanasicas o el auxilio al suicidio.

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso

primero del art. 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.

La regulación del CI y de sus garantías en la ley de derechos y deberes de los pacientes es, sin duda, un importante avance de la legislación chilena. Con todo, para juzgar el potencial transformador de estas reglas en lo concerniente a la vertebración de un modelo de ciudadanía en el hospital que garantice la autonomía individual es fundamental preguntarse por su eficacia.

La eficacia de una norma es algo distinto de su existencia o validez, es un atributo normativo que designa la capacidad de una norma de producir el estado de cosas que ella ordena o regula. La eficacia de una norma puede verse afectada por la interacción con otras normas del sistema (por ejemplo, cuando una ley restringe el alcance o efectividad de otra); o por la existencia de prácticas interpretativas de los destinatarios o aplicadores de una regla jurídica, que acarreen un efecto materialmente derogatorio de una regla formalmente vigente. En el caso chileno se presentan ambos fenómenos, lo que repercute en una pérdida de eficacia del modelo de ciudadanía establecido en la ley 20.584.

Así, por ejemplo, el régimen de responsabilidad del personal de salud, que está regulado en leyes distintas a la ley 20.584, incide en la capacidad que tiene la cláusula de CI de garantizar que las personas puedan consentir o rechazar tratamientos médicos. Dicho régimen es eminentemente fragmentario y está condicionado por diversos factores, tanto jurídicos, como extrajurídicos. En concreto, el éxito de una demanda de un paciente por incumplimiento de la cláusula de CI depende de una serie de factores jurídicos, algunos de los cuales son claros (como la exigencia de probar que la infracción de la CI le produjo un daño), y otros, relativamente inciertos o azarosos, debido a que, por un lado, la práctica de los tribunales es zigzagueante y, por otro, no todos los factores relevantes son susceptibles de ser controlados por las personas enfermas. Dentro de estos últimos factores puede citarse la naturaleza del prestador (público o privado), o la existencia o no de un vínculo contractual directo entre médico y paciente. El examen de la jurisprudencia

chilena sobre responsabilidad en materia de prestaciones de salud sugiere que, en cierto sentido, un paciente de un hospital público chileno está en mejor posición jurídica que un paciente de una clínica privada, porque el primero es considerado usuario de un servicio público y, en consecuencia, se beneficia de las disposiciones especiales sobre negligencia que introdujo la ley 19.966 (también conocida como «Ley del Auge»); mientras que el segundo queda regido por el derecho privado contractual, cuyas reglas no favorecen, de la misma manera, el éxito de su pretensión (Pizarro 2008). Pero, como señalé antes, los factores extrajurídicos también tienen un importante peso a la hora de analizar la eficacia de una norma o institución jurídica. Desde esta última perspectiva, es claro que existen diferencias importantes de capital social entre un paciente de una clínica privada y un paciente de un hospital público, las que pueden potenciar o disminuir la viabilidad de una demanda judicial en uno y en otro caso, respectivamente. En el mismo sentido, las condiciones ambientales, organizacionales y materiales de las clínicas privadas ofrecen un mejor escenario para el cumplimiento de la cláusula de CI por parte del personal de salud.

Un segundo factor, de carácter extrajurídico, que afecta la eficacia de la CI se relaciona con las representaciones sociales relativas a la medicina clínica. La voluntad del paciente sigue siendo vista, en nuestras sociedades, como la expresión de un simple querer que se contrapone a la prescripción del equipo de salud que, en contraste, es percibida como la manifestación pura del saber científico; por tanto, de la racionalidad. De ahí que las resistencias que enfrenta un modelo de autonomía en la relación clínica no solo provengan de las representaciones y comportamientos del personal de salud; sino también de las representaciones de los operadores jurídicos. Las representaciones jurídicas sobre la práctica clínica pueden reforzar la permanencia del modelo de control, dificultando la transición hacia un verdadero modelo de autonomía individual.

Dado que la relación clínica es una relación de poder, de fuerzas en pugna, la agencia moral del paciente no puede ser concebida como un presupuesto (fáctico) de esa relación sino como su resultado (Rose y Novas 2005). Esta idea es fundamental a la hora de evaluar qué

interpretaciones jurídicas de la idea de autogobierno vital pueden ser compatibles con la autonomía individual.

Una interpretación jurídica del autogobierno vital asume que toda persona puede controlar soberanamente, es decir, sin interferencia el uso de su propio cuerpo, lo que incluye la posibilidad de administrar hasta cuando este le sirve de soporte vital y de recibir el auxilio necesario para adoptar toda decisión vital (incluida la producción de la propia muerte). Esta versión configura una idea radical de autonomía y, en general, ha tenido poco desarrollo en el ámbito de la medicina clínica. Otra interpretación jurídica del autogobierno vital entiende que este equivale a la responsabilidad, para consigo mismo o con otros, de mantenerse sano, vivo o desarrollar ciertos usos del cuerpo, concebidos como socialmente útiles, excluyendo otros usos alternativos. Bajo esta última interpretación la autonomía del paciente queda reducida a su mínima expresión: decidir entre las diversas maneras de mantenerse saludable o con vida.

Como veremos enseguida, la jurisprudencia chilena ha tendido a inclinarse, salvo notables excepciones, por esta última versión de autogobierno vital, refrendando, entonces, un concepto meramente formal de la autonomía. Esto es especialmente claro en el caso de niños, niñas y adolescentes, NNA, caso que constituye un verdadero nudo crítico en la aplicación de la cláusula de CI.

El CI en la jurisprudencia chilena

Como se apuntó previamente, antes de la ley sobre *derechos y deberes de los pacientes*, el ordenamiento jurídico chileno no contenía ninguna regla que reconociera explícitamente que las personas tenían derecho a aprobar o rechazar tratamientos médicos. Esto, sumado a la ausencia de una cláusula general de autonomía en la Constitución chilena, facilitó la judicialización de los rechazos a tratamientos médicos, mayoritariamente a través del recurso de protección. Tales acciones judiciales eran presentadas por miembros del personal de salud o directores de servicios de salud, argumentando que el rechazo al tratamiento configuraba una

amenaza o afectación del derecho a la vida y a la integridad física de las personas enfermas, consagrados en el art. 19 nro. 1 de Constitución.

La gran mayoría de estas judicializaciones se relacionaban con NNA cuyos derechos de autonomía no tienen tampoco regulación constitucional ni legal en Chile. Pese a que la Convención de Derechos del Niño establece los principios de *autonomía progresiva* (arts. 5 y 12) y del *interés superior del niño* (art. 3), estos principios coexisten con la regulación nacional de la capacidad jurídica que reputa a los NNA incapaces de tomar decisiones autónomas. Por tanto, en los casos en los que se discute la aplicación de un tratamiento médico respecto de NNA las reglas legales sobre capacidad jurídica terminan enfrentándose con las normas progresivas de la Convención (Zúñiga 2016).

Antes de la entrada en vigor de *la ley de derechos y deberes del paciente*, pueden identificarse dos grupos de casos típicos que involucraban a NNA: (i) la negativa parental respecto de transfusiones de sangre, por parte de Testigos de Jehová y ii) los rechazos de tratamiento de sobrevivida en caso de enfermedades terminales. En los litigios (i), pese a que la negativa parental reposaba sobre razones religiosas, es decir, sobre la libertad de conciencia reconocida en la Constitución (art. 19 nro. 6), los tribunales dictaminaban la aplicación obligatoria de las transfusiones, arguyendo la primacía de la preservación de la salud y la vida de las personas sobre cualquier otra consideración, inclusive religiosa (Fundación de Salud El Teniente con Reyes 1995). El modelo de solución de estos casos se estructuraba, entonces, sobre la aplicación combinada de un derecho preferente (el derecho a la vida) que, a su vez, era declarado indisponible para cualquier sujeto, incluido su titular. Son muy excepcionales los casos en los que los tribunales ponderaban los derechos en conflicto y consideraban la posibilidad de ordenar la aplicación de tratamientos alternativos a la transfusión, para, de esta manera, resguardar las creencias de los padres y el interés de los NNA, maximizando así todos los derechos en controversia (Director de Servicio Metropolitano de Salud con M.I.C y J.F.R. 2004).

Las soluciones contextuales o de compromiso en el caso de rechazo de tratamiento por razones religiosas han venido ganando terreno en el derecho comparado. Así, por ejemplo, la Ley española 41/2002 *reguladora*

de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica prevé el rechazo de tratamiento por razones religiosas como un derecho de cada paciente, incluyendo a las/los menores implicados y a sus representantes. En caso de rechazo, la ley establece que debe privilegiarse el recurso a tratamientos alternativos, los que pueden ser, incluso, sugeridos por el paciente o sus representantes, a condición de que no sean contrarios a *la lex artis*. En caso de que el rechazo al tratamiento afectase los legítimos intereses superiores de las/los menores, los facultativos pueden instar ante la justicia para obtener una autorización sustitutiva.

Hasta la entrada en vigencia de *la ley de derechos y deberes del paciente*, el segundo grupo de casos, es decir, los rechazos de tratamientos médicos por parte de personas afectadas por enfermedades terminales no tenían una solución legal, ni tampoco un único abordaje en la jurisprudencia nacional, como lo muestra el asunto *Gómez Noa*. En 2009, un niño de 11 años afectado de cáncer testicular rechazó someterse a un tratamiento consistente en amputación testicular y quimioterapia, decisión que fue apoyada por su madre. La médica tratante solicitó a un tribunal de familia que se adoptase una medida de protección a favor del niño y se lo sometiera al tratamiento antedicho en contra de su voluntad. En su fallo, el tribunal de familia decidió acceder a la medida de protección sosteniendo que «la vida exige amparo en toda circunstancia, sin exclusión, reserva ni excepción». La madre del niño apeló ante un tribunal de segunda instancia. Este último razonó, en contraste, que el derecho a la vida no puede entenderse pura y únicamente como la continuación de las funciones biológicas, que aquel comprende el derecho a decidir los parámetros de nuestra existencia física y espiritual; y excluye la existencia de un deber de vivir a todo evento. Además, refrendó la facultad del niño de rechazar el tratamiento médico, con base en el modelo de autonomía progresiva establecido en la Convención de Derechos del Niño (Zúñiga 2009).

La *ley sobre derechos y deberes del paciente*, dictada el 2012, incluyó una regla que reconoce la autodeterminación del paciente terminal para someterse o rehusar un tratamiento médico. Así, en su art. 16, establece que «la persona que fuere informada de que su estado de

salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario». No contempla, sin embargo, ninguna regla que reconozca la validez de los llamados testamentos vitales, es decir, documentos otorgados por personas cuya capacidad jurídica para adoptar decisiones no está en entredicho, que contienen instrucciones relativas a las actuaciones médicas que se pueden adoptar o no, en caso de que el otorgante se encuentre en una situación en la que esté impedido de expresar su voluntad. Tal ejercicio de voluntad prospectivo está reconocido y regulado en países como Estados Unidos o España.

La *ley de derechos y deberes del paciente* tampoco contempla ninguna regla en torno a quién debe prestar el consentimiento en el caso de menores de 18 años. La escasa doctrina jurídica chilena que ha abordado el impacto de esta ley en la autonomía de NNA en contextos de salud está dividida al respecto. Un sector de la doctrina civil entiende que la citada ley reenvía a las reglas generales de capacidad y, por tanto, estarían llamados a «expresar la voluntad» de los menores de 18 años, en lo relativo a la aceptación o rechazo de un tratamiento de salud, quienes ejerzan la patria potestad, o en su caso, quienes tengan el cuidado personal (Domínguez 2014). Otro sector sostiene, en cambio, que la legislación civil solo regula la representación de carácter patrimonial, no la personal y que, en consecuencia, urge generar criterios legislativos de solución de conflictos que ponderen razonablemente los derechos constitucionales de los padres, la opinión del equipo de salud y las exigencias del principio del interés superior del niño (Varas 2009). Cierta doctrina constitucional, por último, postula la existencia de un *derecho de los niños a ser asistidos en el ejercicio de sus derechos fundamentales*, el cual emanaría de su propia naturaleza de seres humanos que atraviesan una etapa particular de desarrollo intelectual y afectivo (Díaz de Valdés 2010).

Pese a que, como hemos visto, la ley de derechos y deberes del paciente no se pronuncia sobre la situación de NNA, sí parece haber incidido en la judicialización de casos concernientes a estos últimos, debido al uso incremental de la cláusula de CI como derecho parental. En efecto, el mismo año en que se promulgó la *ley sobre derechos y deberes del*

paciente la Corte Suprema, CS, se pronunció sobre un recurso de protección (Servicio de Salud de Talcahuano con Becerra Toledo 2012) planteado contra una madre que se opuso a que su hija fuera sometida al calendario de vacunación anual, establecido por el Ministerio de Salud, MINSAL. La recurrida presentó tres argumentos concatenados: a) La existencia de una facultad legal parental para rechazar la inoculación en los hijos menores de cualquier sustancia tóxica, dañina o perjudicial para su desarrollo; b) incumplimiento de la obligación específica de suministro de información detallada por parte del MINSAL que probara la inocuidad de las vacunas, y c) la existencia de información científica disponible que indica, en contraste, que las vacunas pueden ser peligrosas, esconder síntomas de otras enfermedades, dañar el sistema inmunológico, causar alergias y otras complicaciones e, inclusive, ocasionar la muerte. La Corte de Apelaciones, CA, de Concepción desestimó esta línea de defensa y calificó la referida negativa como ilegal y arbitraria, por contravenir el decreto exento del MINSAL y reflejar simplemente «la voluntad o capricho» de la madre la que expone a la niña a contraer enfermedades inmunoprevenibles que podrían acarrearle discapacidades e incluso la muerte. Por su parte, la CS confirmó el criterio de la CA de Concepción, con un único voto disidente, del ministro Sr. Sergio Muñoz. Este último voto reviste interés porque discutió la tesis de que la negativa de la madre pueda calificarse, sin más, de irracional; advirtiendo la inexistencia de una relación de causalidad acreditada entre la falta de vacunación y la afectación de la vida de la menor; y reprochando al Estado el incumplimiento de sus deberes constitucionales de publicidad y transparencia (Román 2015).

Con una argumentación idéntica a dicho voto de mayoría de la CS, en 2015 —después de la entrada en vigor de la *ley sobre derechos y deberes del paciente*— la CA de Valdivia resolvió un recurso de protección presentado por la directora del Hospital Base de Osorno en contra de una mujer que se negó a inocular a su hijo recién nacido con la vacuna BCG, que protege contra la tuberculosis en todas sus variantes. Dicha vacuna también está incluida en el plan nacional de inmunización del Ministerio de Salud. Como en el caso anterior, la sentencia no se hace cargo del alegato de la madre en el sentido de que existiría evidencia internacional

que pondría en duda la necesidad e inocuidad de las vacunas; y que, por otro lado, sería de carga del Estado acreditar tal circunstancia a través de la emisión de un certificado de inocuidad, el que no se habría suministrado, pese a haber sido solicitado reiteradamente al hospital respectivo.

En 2016 se plantearon nueve recursos de protección a lo largo de todo Chile (Arica, Talca, Chillán, Temuco, Puerto Montt, etc.) debido a la reciente incorporación al calendario de vacunación obligatoria (DS 865, de 2010 modificado por el DS 6 de 2015) de la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH); y habida cuenta del cambio en la edad de la población a inocular (a las niñas mayores de 9 años entre 6° y 7° básicos, se agregan las niñas de 4° y 5° básicos, en primera dosis y segunda dosis, respectivamente). Esta verdadera ofensiva judicial es elocuente en varios sentidos. En primer lugar, revela un intento de empoderamiento colectivo, mediante una acción coordinada de asociaciones informales de padres; las que han accionado contra las SEREMIS de salud o el MIN-SAL. En segundo término, estas acciones se fundan explícitamente en la cláusula de CI contenida en la ley 20.584. En tercer lugar, cuestiona la aplicación del modelo de vacunación obligatoria establecido en el Código Sanitario chileno, que data de 1931, el cual exige la concurrencia de dos requisitos: i) presencia de enfermedades transmisibles y ii) existencia de medios eficaces de inmunización (art. 33 del Código Sanitario).²

Hay un cuarto aspecto que caracteriza esta acción judicial concertada que merece especial atención. Éste se relaciona con la aparición de nuevas razones, distintas a la eventual peligrosidad de las vacunas, invocadas por los recurrentes en sus escritos respectivos; y que remiten a un dispositivo de control parental de la sexualidad adolescente. Los recurrentes atribuyen a la vacuna contra el VPH un efecto estigmatizador, debido a que su administración equivaldría a una «certificación pública» del inicio de la actividad sexual de las niñas/adolescentes y

.....
² Estas demandas han puesto de relieve que la transmisión del VPH se produce por vía sexual y, por tanto, no se trataría, en rigor, de una enfermedad contagiosa; y han discutido la idoneidad de la vacuna contra el VPH arguyendo que el mecanismo para la detección precoz de la infección por este virus —que es causa de cáncer cervicouterino— no sería la vacuna sino el examen Papanicolaou.

esto provocaría daños en la autoestima o el prestigio de las involucradas. Adicionalmente, denuncian la existencia de un alto riesgo de filtración de la información íntima de las niñas/adolescentes (al ser esta recogida por personal no sujeto al secreto profesional); y advierten que tal información puede ser, inclusive, desconocida para los progenitores de estas adolescentes (Naranjo y otros con Seremi de Salud del Maule 2017). La combinación de un registro moral y un registro médico en la articulación de estos dos últimos argumentos sugiere un intento parental de controlar, por vía indirecta, la sexualidad femenina adolescente, que es consistente con la evidencia aportada por otras investigaciones sociales sobre la materia (Jones 2010).

El análisis jurisprudencial antes presentado sugiere que, aunque ha habido cierta tendencia de los tribunales en torno a privilegiar la vacunación obligatoria, incluso con auxilio de la fuerza pública, no existe una opinión unánime dentro de la jurisprudencia chilena respecto del rol de la cláusula de CI, particular en lo concerniente a las políticas de salud pública. Algunas sentencias han argumentado que los progenitores pueden rechazar la inmunización contra el VPH, en aplicación de la cláusula de CI de la ley 20.584, previo suministro de información médica sobre los efectos adversos y beneficiosos de la vacuna y que la negativa parental necesariamente debe constar en un Formulario de Rechazo, de acuerdo con los lineamientos indicados en ord. B 27 nro. 4031; mientras que otras sostienen que el CI concierne solo a las relaciones individuales médico-paciente, y no alcanza a la política pública contemplada en el art. 32 del Código Sanitario (Román 2018). Por otra parte, es de destacar que la jurisprudencia chilena reciente ha asumido que la CI que regula la ley de derechos y deberes del paciente, puede ser comprendida, sin más, como un derecho parental, y no como un derecho de los NNA. De manera que no ha aportado ningún insumo para construir la idea de autonomía —y por extensión, de ciudadanía biológica— respecto de la población infanto-adolescente.

Conclusiones

La introducción de la ciudadanía en el hospital implica desafíos de corrección y revisión crítica de los contextos institucionales de salud para que operen como escenarios de transformación social. Estos desafíos, de distinta naturaleza y alcance, presuponen una adecuada garantía de la autonomía en los contextos de salud y especialmente en el marco de la relación clínica.

La orientación de cláusula de CI, recientemente incorporada al ordenamiento jurídico chileno ha supuesto un cambio importante respecto del panorama jurídico preexistente. Sin embargo, la cláusula de CI tropieza aún con una serie de obstáculos para su adecuada implementación que se relacionan tanto con un diseño normativo fragmentario de los distintos aspectos involucrados en la relación clínica, como con una cierta dispersión en su aplicación jurisprudencial.

La cláusula también adolece de lagunas en lo relativo a la situación de niños, niñas y adolescentes. El rol del CI es especialmente ambivalente en la reciente jurisprudencia sobre negativas parentales a la vacunación obligatoria y, al mismo tiempo, desactiva los esfuerzos de constituir un modelo de autonomía para NNA.

Para que la autonomía sea realmente un principio estructurante de la relación clínica es necesario tomársela en serio. Lo anterior no implica necesariamente que la autonomía individual se transforme en el criterio decisorio supremo en todos los casos de colisión de derechos o bienes jurídicos vinculados a la salud. Puede no serlo cuando concurren otros derechos o bienes —por ejemplo, la salud pública. Pero el contenido transformador de la cláusula, como vector de la ciudadanía, exige una aplicación consistente por los operadores jurídicos, coherente con su rol vertebrador, y respetuosa de la individualidad de cada sujeto, incluida la autonomía de NNA.

Referencias

- De la Maza, Iñigo. 2010.** «Consentimiento informado y relación de causalidad.» *Cuadernos de Análisis Jurídico* 6: 127-44.
- Díaz de Valdés, José Manuel. 2010.** «Un marco constitucional para los tratamientos médicos de niños, niñas u adolescentes.» *Revista Chilena de Derecho* 37, nro. 2: 271-310.
- Director de Servicio Metropolitano de Salud con M.I.C y J.F.R. 2004.** Rol 2365 (Corte de Apelaciones San Miguel, 13 de julio).
- Domínguez, Carmen. 2014.** «Responsabilidad civil y tratamiento de incapaces y discapacitados en la ley 20.584.» En *Derechos y deberes de los pacientes. Estudios y textos legales y reglamentarios*, editado por Paulina Milos Hurtado y Hernán Corral, 29-39. Santiago: Universidad de los Andes.
- Figuroa, Rodolfo. 2013.** «El derecho a la salud.» *Estudios Constitucionales* 11, nro. 2: 283-332.
- Foucault, Michel. 1976.** *Histoire de la Sexualité. La volonté du savoir*. París: Gallimard.
- . 1981. «Les mailles du pouvoir.» *Barbârie* nro. 3-4: 23-7.
- . 2003. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fundación de Salud El Teniente con Reyes. 1995.** Rol 1030 (Corte de Apelaciones de Rancagua, 22 de agosto).
- Jones, Daniel Eduardo. 2010.** «Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género.» *Interface* 14, nro. 32: 171-82.
- Naranjo y otros con Seremi de Salud del Maule. 2017.** Rol 3495 (Corte de Apelaciones de Talca, 22 de enero).
- Pizarro, Carlos. 2008.** «Responsabilidad profesional médica: Diagnóstico y perspectivas.» *Revista Médica de Chile* 136, nro. 4: 539-43.
- Román, Cristián. 2015.** «Sentencia Rol 7042-2012 de la Excma. Corte Suprema» *Revista de Derecho Público* 82: 405-31.
- . 2018. «¿Siguen siendo obligatorias las vacunas obligatorias?» *Revista de Derecho Aplicado LLM UC*, nro. 1: 2-28.
- Rose, Nikolas y Carlos Novas. 2005.** «Biological Citizenship.» En *Global assemblages: Technology, politics and ethics as anthropological problems*, editado por Aihwa Ong y Stephen Collier, 439-63. Malden: Blackwell.
- Servicio de Salud de Talcahuano con Becerra Toledo. 2012.** Rol 7074 (Corte Suprema, 15 de noviembre).
- Varas, Juan Andrés. 2010.** «Decisiones vitales y representación parental: fundamentos y límites.» En *Estudios de Derecho Civil v. Jornadas Nacionales de Derecho Civil*, editado por Fabián Elorriaga, 337-56. Santiago: Legal Publishing.
- Zúñiga Fajuri, Alejandra. 2011.** «Justicia y razonamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos.» *Acta Bioethica* 17, nro. 1: 73-84.
- Zúñiga, Yanira. 2009.** «Medida de protección terapéutica a favor de un menor (sentencias del tribunal de familia y de la Corte de Apelaciones de Valdivia).» *Revista de Derecho Valdivia* 22, nro. 1: 279-90.

- . 2016. «Confidencialidad y autonomía de las menores de edad al requerir la interrupción del embarazo. Perspectiva jurídica». En *Aborto y derechos reproductivos. Implicancia desde la Ética, el Derecho y la Medicina*, editado por Sofía Salas, Fernando Zegers y Rodolfo Figueroa, 255-76. Santiago: Ediciones UDP.

Judicialización del derecho a la salud¹

Leticia Morales²

Introducción

De forma creciente, los tribunales de justicia constitucional son llamados para arbitrar en controversias sobre cuestiones relacionadas con el derecho a la salud que enfrentan a diferentes sectores de la sociedad (Yamin y Gloppen 2011). La intervención judicial en tales casos requiere que los tribunales adopten una posición pública sobre la política de salud en cuestión. Cada vez con mayor frecuencia, las y los jueces dictan sentencias que tienen profundas consecuencias para el desarrollo de políticas sanitarias, utilizando una variedad de mecanismos que a menudo afectan su diseño (Jacobson *et al.* 2001; Rodríguez 2012; Yamin 2014; Brinks y Forbath 2014; Hawkins y Álvarez Rosete 2019). El caso más patente se presenta en los sistemas jurídicos donde existe una provisión constitucional que establece el derecho a la salud, como por

.....
1 Este trabajo es parte del proyecto de investigación FONDECYT Iniciación nro. 11181060, «Judicialización y políticas sanitarias en el marco del derecho a la salud». La autora agradece los comentarios de asistentes al Coloquio «Salud, Derecho y Educación», organizado por el Núcleo Interdisciplinario UACH Desigualdad y Derechos Humanos (DesDeh) del que forma parte.

2 Profesora asociada de Derecho, Sede Puerto Montt, y Directora del Programa de Doctorado en Derecho de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Austral de Chile. Doctora en Derecho por la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona) y Magíster en Ciencia y Filosofía Política por la Universidad Nacional de Mar del Plata.

ejemplo en Chile, Brasil y Colombia. Aquí los jueces tienen el poder y la obligación de intervenir protegiendo el derecho constitucional a la salud tanto individual como poblacional, a veces desarrollando el alcance de medidas existentes o generando nuevos mecanismos ante la falta de acción legislativa o administrativa con respecto a una cuestión sanitaria concreta (Zúñiga Fajuri 2014). En Latinoamérica en los últimos años se ha incrementado el debate del fenómeno llamado «judicialización de la salud» y sus consecuencias (Ferraz 2009; Rodríguez 2012; Biehl *et al.* 2016; Hawkins y Álvarez 2019), que refleja en parte las fallas de los poderes legislativo y ejecutivo en brindar respuestas efectivas a problemas centrales para las personas y sus comunidades (Hawkins y Álvarez 2019). También ocurre que los tribunales son llamados a intervenir en sistemas jurídicos donde, si bien no hay un reconocimiento constitucional explícito del derecho a la salud, se habilita la actuación judicial a través de otras provisiones constitucionales, o supraconstitucionales (tratados internacionales), como es el caso de Argentina (Abramovich y Pautassi 2008; Bergallo 2011), Canadá (Manfredi y Maioni 2002), y el Reino Unido (Syrett 2007, 2014).

Puede afirmarse que en Chile, como en otros países de la región, el derecho constitucional a la salud está provisto de un contenido mínimo específico delimitado legalmente (Zúñiga Fajuri 2011). De ello surgen dos cuestiones en tensión. Por un lado, los tribunales de justicia superiores tienen un mandato constitucional de garantizar el derecho constitucional a la salud, fuertemente vinculado con el derecho a la vida. Por el otro, la intervención judicial en materias sanitarias genera tirantez entre los poderes estatales y cuestionamientos con respecto a su propia autoridad y competencia para tomar decisiones en esas materias. Esta tensión se plasma en el sistema jurídico chileno, porque si bien la Constitución Política ordena al poder judicial velar por la garantía de los derechos fundamentales establecidos en la constitución, la intervención de los tribunales de justicia en materias sanitarias es controvertida. Las críticas se dirigen a la ilegítima intervención judicial en las políticas sanitarias sobre el acceso a prestaciones, su falta de competencia, y el incremento de la desigualdad social que se sigue de decisiones judiciales para casos individuales. Antes de descalificar rápidamente

estas críticas, este trabajo tiene el objetivo de mostrar la tensión que suscita la intervención judicial en la protección del derecho a la salud, mediante la referencia a las objeciones que se le han dirigido, de manera de bosquejar los desafíos de la judicialización del derecho a la salud en Chile. Por último, se procura responder a la cuestión acerca de por qué cierta judicialización estaría justificada en la sociedad chilena.

La protección jurídica de la salud en Chile

La protección jurídica de la salud se encuentra contemplada en dos ámbitos principales. Por un lado, dentro del marco constitucional, donde en el art. 19 junto con el establecimiento del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona (inc. 1°), se establece el derecho a la protección de la salud (inc. 9°).³ Por el otro lado, el derecho a la salud se encuentra incluido dentro de la protección de los derechos humanos en el ámbito internacional. Especialmente relevante es el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), del cual Chile es país signatario, que establece «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental».

También en el contexto internacional, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (que es el órgano facultado para interpretar el contenido de los derechos sociales) ha elaborado una serie de pautas interpretativas que precisan el alcance de las obligaciones genéricas de los Estados Parte derivadas de su adhesión al Pacto. Entre ellas, hay

.....
3 La Constitución Política de la República de Chile establece en el art. 19 (Capítulo III) que «La Constitución asegura a todas las personas:

1°. El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.

9°. El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado».

que mencionar a) la obligación de adoptar medidas inmediatas; b) la obligación de garantizar niveles esenciales de los derechos; y c) la obligación de progresividad y prohibición de regresividad.⁴ Por último, esa normativa debe ser complementada con las interpretaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en particular la Observación General nro. 9 que ayuda a entender el sentido y alcance del derecho a la salud.⁵

Asimismo, por vía de la incorporación de los principios de no regresividad y de progresividad se ha ido cambiando la posición según la cual se sostenía que los derechos económicos, sociales y culturales, DESC, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud, eran meros mandatos dirigidos al legislador o derechos programáticos. La postura en la actualidad es que los DESC son verdaderos derechos «que deben realizarse en la mayor medida posible y que deben ser invocados en los tribunales de justicia, y los particulares deben poseer a su alcance adecuadas herramientas para su protección» (Ronconi 2013, 981). Aun cuando los Estados cuentan con un grado de discreción al momento de elegir los medios para cumplir con estos derechos, existe la obligación de actuar de manera progresiva. Además de la obligación de no interferir en el ejercicio de los derechos individuales, el Estado tiene la obligación de realizar acciones positivas para que el ejercicio de los derechos sea real y efectivo.⁶

.....
4 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General nro. 3, se refiere a la índole de las obligaciones de los Estados Parte (de los poderes públicos y autoridades dentro de ellos), precisando que se siguen de estos derechos las obligaciones de respetar, proteger y realizar, especificando cada una de estas obligaciones.

5 En el ámbito internacional, el derecho a la salud se encuentra protegido también en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (arts. VII y XI); la Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3, 8 y 25); el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12, incisos 1 y 2, apartado d); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 24); la Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4, inciso 1; art. 5 inciso 1; arts. 19 y 26); y la Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 3, 6, 23-25).

6 Desde los últimos años se ha hecho más intensa la necesidad de incorporar las observaciones generales elaboradas por el Comité de DESC en el sistema jurídico chileno, considerando que Chile es signatario del pacto y considerando también que el Tribunal Constitucional las ha reconocido y citado. Véase Figueroa 2013.

El carácter de verdadero derecho a la salud en Chile está siendo lentamente reconocido tanto por la doctrina como por las decisiones de los tribunales de justicia,⁷ identificándose algunas de las obligaciones del Estado de satisfacer las exigencias positivas que se derivan de aquel. En los últimos años, tanto el Tribunal Constitucional como la Corte Suprema de Justicia de Chile han adoptado un rol protagónico en esta línea, a la par de los tribunales de justicia superiores de varios Estados de la región, en la medida que brindan argumentos en apoyo de la posición acerca de su exigibilidad y ordenan su cumplimiento. De esta manera se observa un aumento del litigio individual con el fin de obtener el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, especialmente cuando el derecho a la vida está en riesgo (Zúñiga Fajuri 2011; Figueroa 2013).

No obstante que el derecho a la salud en Chile tiene reconocimiento constitucional y amparo a nivel internacional, tanto las personas en situación de vulnerabilidad, como varias de las que cuentan con la cobertura médica, se encuentran en situaciones de vulneración del derecho, como es el caso de la negativa de algunos prestadores de servicios de salud de proveer los tratamientos mínimos debidos. En efecto, a partir de la promulgación de la Ley AUGE, nro. 19.966 (del 25 de agosto de 2004), se estableció en Chile un Régimen de Garantías en Salud con el objeto de garantizar el «acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad» a todas las personas residentes en el territorio nacional, sin distinción de edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso (BCN-HL 19.966).⁸

Con la reforma introducida por la Ley AUGE se estableció la obligación a los prestadores públicos (Fonasa) y privados (Isapres) a brindar planes de salud que se caractericen por las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Asimismo, se generaron los instrumentos para el efectivo ejercicio de estas, con la finalidad de dotar a las personas usuarias de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles (Ley 19.966, arts. 2 y 4, 2004).

.....
7 Véase Sentencia Rol 976, 26 de junio de 2008 del Tribunal Constitucional.

8 Mensaje 1-347, 22 de mayo, de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud.

De esta forma se resolvió la cuestión controvertida relativa al derecho a la salud como correlacionado con prestaciones positivas del Estado en tanto carencia de leyes a su respecto y, en consecuencia, en la determinación de la exigibilidad de las obligaciones estatales para su satisfacción. La nueva ley incorporó como línea de respuesta la teoría del «contenido esencial» o «contenido mínimo» del derecho a la salud (Alexy 1993, 274). La teoría del contenido esencial tiene apoyo en la Observación General 14 (párrafo 47)⁹ en la que se afirma que ciertas obligaciones básicas son inderogables. Estas obligaciones pertenecen al núcleo básico o esencial del derecho a la salud que sería indisponible e inquebrantable (Arango 2005, 212).

Así lo señala Zúñiga Fajuri (2011, 54-55), para quien el derecho constitucional a la protección de la salud tiene, a partir de dicha ley, un contenido mínimo específico legalmente delimitado, cuyo correlato es la obligación de los prestadores de servicios de brindar a todas las personas un plan de salud mínimo, compuesto por ciertas prioridades sanitarias, con garantías explícitas. Para el caso de incumplimiento está previsto el mecanismo de reclamo ante la Superintendencia de Salud (Ley 19.966, arts. 43 y 44, 2004). No obstante, la posterior implementación de la reforma se produjo mediante reglamentos administrativos, guías clínicas de cada una de las patologías AUGE, y establecimiento de canastas de cobertura, que fueron mermando las aspiraciones originales de igualdad y universalidad, trayendo como consecuencia una vulneración al principio de no discriminación y al principio de igualdad (Zúñiga Fajuri 2011, 55-56; Zúñiga Fajuri 2014).

En 2015 se promulgó la Ley 20.850 conocida como «Ley Ricarte Soto», mediante la cual se creó un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo, que viene a complementar el Régimen General de Garantías en Salud. La ley establece que la determinación de los diagnósticos y tratamientos de alto costo susceptibles de financiamiento está a cargo de un decreto supremo del Ministerio de Salud, de acuerdo con el procedimiento establecido en la ley. La

.....
9 Véase Observación General 14, Comité de DESC de la Organización de Naciones Unidas, párrafos 33, 34, 39, 50, 54 y 62, sobre un desarrollo interpretativo del contenido de las obligaciones de respeto que se siguen del derecho a la salud.

implementación de este sistema, pese a su corta existencia, también ha generado críticas por su protección financiera insuficiente y su afectación discriminatoria respecto de personas de escasos recursos y grupos desaventajados (Fuentes 2016).

Así se ha acentuado la necesidad de acudir a la justicia para exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas del mínimo esencial del derecho constitucional a la salud, pero también con respecto a la falta de provisión de ciertos tratamientos especialmente costosos no contemplados en la nueva ley, pero cuya falta pone en riesgo la salud y la vida de las personas.

El deber de proteger y los tribunales de justicia en Chile

De conformidad con la Constitución Política de la República de Chile,¹⁰ el derecho fundamental a la salud debe ser protegido por todos los poderes del Estado. Típicamente, ámbitos como la provisión de tratamientos médicos y fármacos, de prótesis, de intervenciones quirúrgicas y de infraestructura, pero también la obligatoriedad de las inmunizaciones, o la exigencia preventiva de *screenings*, entre otros, tienen una incidencia en la salud de las personas y son regulados por el gobierno. El gobierno tiene la tarea de respetar, proteger y realizar el derecho a la salud, que incluye la reducción de amenazas específicas a la salud y la promoción del bienestar individual y general de los miembros de la sociedad mediante políticas públicas que implican costos. Los tribunales de justicia, con frecuencia, son llamados a resolver conflictos que se presentan en esos ámbitos y que tienen incidencia en la protección del derecho constitucional a la salud. En tales casos, la labor de los jueces es la de examinar las decisiones sobre políticas sanitarias adoptadas

.....
 10 La recepción del derecho a la salud en la constitución es relevante en la medida en que la norma constitucional se concibe como una norma jurídica operativa y una regla sustantiva. Se entiende de ese modo porque, siguiendo a Kelsen, «la constitución no es [...] únicamente una regla procedimental sino también una regla sustantiva; y, por consiguiente, una ley puede ser inconstitucional bien por razón de una irregularidad procedimental en su elaboración, bien por razón de un contenido contrario a los principios o directivas formulados en la Constitución». (Kelsen 1988, 155).

por los legisladores y otros responsables del diseño de políticas (fundamentalmente, el Ministerio de Salud), así como las de los prestadores de servicios, y de garantizar el derecho a la salud.

Así lo resolvió recientemente la Corte Suprema al decidir en favor de una persona que como consecuencia de un infarto (enfermedad cubierta por las Garantías Explícitas de Salud) fue atendida de urgencia en una clínica privada, no contemplada por la red de Isapre del afiliado, por lo cual esta pretendía luego cobrarle un copago, con base en la no presentación de un formulario de activación (Sentencia de la Corte Suprema, SCS, 16.881, 2018). La Corte sostuvo que «no resultaba ni lícito ni razonable que la recurrida [Consalud] se excusara de otorgar la cobertura de las garantías explícitas en salud (GES) al problema de salud padecido por el recurrente, argumentando que este no presentó ante ella el formulario de activación respectivo» (SCS 16.881, considerando [cdo.] 7, 2018). Según la Corte, la ilicitud deviene porque no existe normativa legal o reglamentaria que imponga al paciente la necesidad que su consentimiento conste en un formulario para recibir la cobertura GES. La falta de razonabilidad, por su parte, deviene por el conocimiento de la Isapre del hecho que el recurrente había sufrido un problema de salud con cobertura GES, de acuerdo con los antecedentes de la causa. La Corte agrega que ese conocimiento por parte de la Isapre, «considerando el fin de beneficio al paciente —no a la Isapre— que tiene el régimen de Garantías Explícitas en Salud conforme a la ley, con miras a dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud garantizado en el nro. 9 del art. 19 de la Constitución, supone para la Institución el deber de hacer todo lo que está de su parte para recabar la manifestación de voluntad de su afiliado en orden a si quiere o no continuar su atención médica dentro de la red y recibir cobertura GES; obligación que fue claramente desatendida en la especie por la Isapre con una actitud absolutamente pasiva en este aspecto» (SCS 16.881, cdo. 7, 2018). Finalmente, la Corte concluye que esa negativa «deviene en un acto arbitrario e ilegal que resulta discriminatorio contra el recurrente [...], por lo que vulnera el derecho garantizado por el numeral 2 del art. 19 de la Constitución [la igualdad ante la ley]» (SCS 16.881, cdo. 8, 2018).

Sin embargo, la mayor parte de casos en los últimos años que llegan a la Corte Suprema sobre derecho a la salud se basan en la función de derecho de prestación positiva: se reclama por el incumplimiento de obligaciones de prestación positiva por el Estado y los prestadores de servicios (p. ej. falta de provisión de medicamentos) que ponen en riesgo no solo la salud sino la vida de las personas. En otras palabras, la característica común de estos casos es la urgencia de satisfacer la obligación de hacer positiva. En caso contrario lo que se viola no es solo el derecho a la salud sino también el derecho a la vida y a la integridad física. Se habla de obligaciones impostergables y de cumplimiento inmediato, sin que se pueda válidamente alegar la falta de recursos estatales. Así lo ha reiterado la Corte Suprema de Justicia, afirmando que «si bien es cierto los miramientos de orden económico constituyen un factor a tener presente por la autoridad pública al adoptar una decisión, no lo es menos que ellas no debieran invocarse cuando está comprometido el derecho a la vida y a la integridad física o psíquica de una persona, derecho consagrado en la norma de mayor rango en el ordenamiento jurídico, esto es en la Constitución Política de la República, que prevalece respecto de los distintos cuerpos normativos» (SCS 25.009, cdo. 8, 2018).

En esa oportunidad, como en varias otras resueltas recientemente, la Corte de Justicia fue llamada a resolver el recurso de protección en favor de una menor portadora de atrofia muscular espinal, por el accionar ilegal y arbitrario del Fondo Nacional de Salud, el Hospital Base de Osorno, y el Ministerio de Salud, consistente en la negación de suministrar un medicamento considerado indispensable para que la menor recupere su salud y conserve su vida.¹¹ En efecto, la Corte Suprema ha adoptado una posición comprometida con su función de garante de los derechos fundamentales, afirmando que el derecho a la vida debe ser entendido como un derecho «que constituye un bien jurídico superior y de carácter absoluto» y a su turno, que el Estado tiene una obligación

.....
¹¹ Dado que se trata de la falta de provisión de medicamentos que no están contemplados en la Ley Ricarte Soto, el recurso de protección se activa por violación al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica.

positiva de garantizar su mantención (SCS 43.250, cdo. 6, 2017).¹² La Corte entiende, si bien no ofrece razones en apoyo de esta postura, que el derecho a la vida es un derecho prioritario y por lo tanto no admite la invocación de consideraciones de carácter económico.

Así también lo ha entendido buena parte de la doctrina. Zúñiga Fajuri resalta la relación necesaria entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, afirmando que «el derecho a la vida incluye e incorpora necesariamente algún ámbito o esfera de protección del derecho a la protección de la salud que significa, a lo menos, asegurar aquellas prestaciones mínimas de las cuales depende directamente la vida de las personas, y que esa esfera de protección es absoluta en el sentido de que no admite pretextos de orden patrimonial» (2011, 41).

Pese a ello, la intervención del poder judicial por reclamo de la violación del derecho a la salud sigue siendo fuertemente cuestionada porque afecta o tiene incidencia en el presupuesto público, lo que se ha calificado negativamente como «activismo judicial» (García y Verdugo 2013). Antes de descalificar rápidamente las críticas, el resto del trabajo pretende mostrar la tensión que suscita la intervención judicial en la protección del derecho a la salud, mediante la referencia a una serie de objeciones que se le han dirigido, de manera de bosquejar los desafíos de la judicialización del derecho a la salud en Chile.

Desafíos de la intervención judicial en la protección del derecho a la salud

En el debate chileno sobre la judicialización de la salud se ha cuestionado la intervención de los tribunales de justicia por atentar contra los acuerdos democráticos, carecer de competencia para decidir en materias sanitarias que son complejas y afectan diversos intereses de la sociedad, y por aumentar la desigualdad (Aldunate y Cruz 2019). De igual manera, al interior de la Corte Suprema se han manifestado disidencias,

.....
 12 Véase también SCS 8.523/2018, SCS 2.494/2018, SCS 17.043/2018, SCS 25.009/2018 y SCS 25.161/2018.

por ejemplo, con respecto a acoger el recurso de protección en favor del otorgamiento de un medicamento costoso no contemplado en la Ley Ricarte Soto, porque «supondría pasar por encima de las prioridades establecidas por la autoridad de Salud, encargada por ley de su elaboración y de racionalizar su distribución, conforme a un presupuesto. Ello, además, teniendo en cuenta que las prioridades en cuanto a la asistencia no pueden pasar a llevar las políticas preestablecidas solo por virtud de una acción de tutela judicial, pues ello impactaría la vida y el cuidado de muchas otras personas, que, probablemente, recibirían una atención insuficiente a causa de la distribución judicial de los recursos que se pretende a través de este mecanismo» (SCS 20.672, prevención del ministro Arturo Prado, 2018). Subyacente a la postura disidente se encuentra una serie de críticas no siempre propiamente distinguidas según su naturaleza y peso (Morales 2015a).

En primer lugar, se cuestiona la falta de legitimidad mayoritaria del poder judicial y que su intervención supone un peligro para el sistema democrático. Esta objeción tiene como objetivo socavar la protección de los derechos fundamentales en general y se dirige a cuestionar la falta de legitimidad democrática de los tribunales de justicia superiores para invalidar decisiones de la mayoría de la legislatura. En particular, se critica que las decisiones que emanan del poder judicial en cuestiones como el derecho a la protección de la salud atenten contra los acuerdos democráticos, distorsionando la división de poderes. Así, se preguntan «si todos hemos acordado que la decisión más justa es la Ley Ricarte Soto, entonces, ¿bajo qué principios la Corte decide no respetar lo que todos, con esfuerzo, hemos acordado como justo?» (Aldunate y Cruz 2019). En otros términos, se critica que sea la Corte de Justicia el órgano que tenga que tomar decisiones sobre el alcance y contenido del derecho a la salud y, en última instancia, sobre la pauta de justicia social aplicable (García y Verdugo 2013).

Esta objeción constituye un verdadero desafío para quienes defienden la garantía constitucional del derecho a la salud en tanto que se pretende invalidar la intervención jurisdiccional en la protección de los derechos como cuestión de principio. Sin embargo, en Latinoamérica se observa un «auge y sofisticación de la dogmática de los derechos

sociales que apunta a cimentar la legitimidad democrática de las cortes a través de la incorporación de las voces de los excluidos en el proceso político» (Clérico y Aldao 2013, 1003).

La propia Corte de Justicia ha reiterado en sentencias recientes que si bien la imposición de medidas para la protección de los derechos constitucionales (como el otorgamiento de un medicamento), «responde a una manifestación de las atribuciones propias de este tribunal, ella no alcanza ni define, de modo alguno, la implementación y diseño de políticas públicas, pues tal labor excede las facultades de esta Corte y corresponde, en propiedad, a una función de otros órganos del Estado» (SCS 25.009, cdo. 13, 2018). En esa línea, se ha mostrado que una buena jurisprudencia que incluye el diálogo con los demás poderes del Estado, como la solución de litigios estructurales en Colombia, incrementa los potenciales democráticos de las sentencias (Uprimny y Duran 2014, 60).

En segundo lugar, contra la intervención judicial en materia de salud se dirige la crítica —vinculada a la anterior— acerca de la falta de competencia de los tribunales para valorar las cuestiones socioeconómicas exigidas por la justicia social.¹³ Esta objeción apunta a diversos aspectos de su intervención: el déficit de conocimiento experto y la impredecibilidad de las consecuencias de las sentencias judiciales.

El argumento en contra de la intervención de los jueces por consideraciones de falta de competencia se apoya, por un lado, en una supuesta comprobación fáctica de la incompetencia técnica de estos para conocer y juzgar conflictos en materia de salud. Se sostiene que, dada la naturaleza fundamentalmente prestacional del derecho a la salud, su protección requiere tomar decisiones para las cuales los jueces no son profesionalmente idóneos. Mediante esta dificultad se afirma que los órganos judiciales no son aptos en términos de formación, información y especialización técnica para comprender y evaluar los hechos relevantes de los casos particulares en materias tan complejas como la salud individual y pública, el manejo de las alternativas en disputa

.....
 13 Entendida en un sentido básico como justicia distributiva, esto es, la distribución de las cargas y beneficios entre los miembros de la sociedad dentro del marco político, económico y social, de acuerdo con los principios de alguna teoría de la justicia.

y, sobre todo, las necesidades presupuestarias —por ejemplo, los cálculos de costos— y el diseño y articulación de medidas funcionales y apropiadas.

Por otro lado, la variante que adopta la objeción de la falta de competencia técnica hace referencia al tipo de conflictos que involucran las cuestiones en materia de salud (Abramovich y Pautassi 2008). La propia naturaleza de los conflictos en materia de salud, cuyas decisiones tendrían repercusiones extensas, complejas y especialmente imprevistas, afectando los intereses de una multitud de partes más allá de las presentes en el particular procedimiento judicial, los haría inadecuados para su protección judicial. Por lo tanto, su consideración y decisión por parte de los jueces en un caso particular excedería las propias atribuciones de la función judicial.

Bajo la interpretación compuesta de la objeción a la falta de competencia, los jueces no serían ni técnica ni normativamente competentes, por las restricciones propias de su función, para proteger el derecho a la salud. La objeción a la falta de competencia práctica de los jueces, bajo sus diversas formas, si bien relacionada con la objeción a la falta de legitimidad democrática, es una crítica diferente y distinguible relativa a cuestiones contingentes en tanto su fuerza dependerá de consideraciones como la configuración institucional de cada ordenamiento jurídico, la formación y capacitación de los jueces, el grado de compromiso con las exigencias sociales en cada sociedad, etc. Este tipo de consideraciones pueden eventualmente tratar de resolverse mediante reformas institucionales (Morales 2015b).

Una tercera y última línea de crítica recoge la posible afectación de la igualdad y trato equitativo que podría generarse con la intervención de los tribunales de justicia a la hora de otorgar la protección del derecho a la salud a individuos particulares. Así, se ha sostenido con respecto a las solicitudes de inclusión de nuevos tratamientos al sistema de protección financiera previsto por la Ley Ricarte Soto, que «no parece equitativo que, por la vía judicial, se salte los requisitos legales, y se favorezca a unos pocos, en desmedro de aquellos ciudadanos que sí respetaron los acuerdos democráticos, y se sometieron al proceso administrativo» (Aldunate y Cruz 2019). Se cuestiona de este modo que una decisión

judicial pueda beneficiar a una persona, o a un grupo, pero no a todos, lo que derivaría en un trato desigual (Abramovich y Pautassi 2008; Ferraz Motta 2009). Ciertamente, determinados grupos vulnerables cuyo derecho a la salud es insatisfecho, no acuden, por diversas causas, a los tribunales para su protección. Como consecuencia, únicamente tendrían garantizado su derecho a la salud quienes consiguen acceder a la justicia, por lo general provenientes de clase media y alta, por lo que cuentan con conocimiento de la posibilidad de efectuar el reclamo, pero además tienen los costos para llevar adelante la acción judicial (Ronconi 2013, 984).

No hay constancia empírica para justificar esta crítica contra los litigios de salud en Chile. Estudios de derecho comparado, como son los que se han realizado en Colombia en los últimos quince años, por ejemplo, muestran en cambio resultados ambivalentes en ese sentido (Uprimny y Duran 2014). Lo que no se puede soslayar es que la intervención judicial ha generado algunos efectos que contribuyen a la igualdad (Yamin 2014), y que tienen relación con impactos que van más allá de las partes del litigio, entre los que habría que mencionar los posibles diagnósticos y reacciones de los poderes ejecutivo y legislativo frente a casos que son materia de reclamo reiterado, y los efectos simbólicos en las comunidades que consolidan la idea de la salud como derecho exigible (Uprimny y Duran 2014, 50-57).

Conclusiones

La función de los tribunales superiores es proteger los derechos fundamentales establecidos en la Constitución, entre los que se encuentran el derecho a la vida y el derecho a la salud. Para ello, en ocasiones deben examinar las decisiones sobre políticas sanitarias adoptadas por los legisladores y otros responsables del diseño de políticas. Ello no significa necesariamente que se vulnera la división de poderes o se excede en sus atribuciones propias. Sin embargo, en el cumplimiento del mandato constitucional de protección de derechos garantizados se enfrentan a importantes desafíos que deben ser cuidadosamente considerados. He

tratado de mostrar la tensión que se presenta con la intervención judicial en su rol de velar por la efectiva realización del derecho a la vida y del derecho a la salud para las personas y sus comunidades. Hace falta, por una parte, una reflexión seria que permita brindar buenos argumentos que justifiquen la judicialización de la salud en ciertos casos en los que el sistema de salud chileno es ineficaz, y por la otra, generar una práctica judicial de dar razones en favor de las decisiones que se adoptan.

Referencias

- Abramovich, Víctor y Laura Pautassi. 2008. «El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina», *Salud Colectiva* 4, nro. 3: 261-82.
- Aldunate, José y Juan Cruz. 2019. «Corte Suprema versus Ricarte Soto», *Observatorio Judicial* 15, 13 de febrero.
<http://www.observatoriojudicial.org/corte-suprema-versus-ricarte-soto/>
- Alexy, Robert. 1993. *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: CEPC.
- Arango, Rodolfo. 2005. *El concepto de los derechos sociales fundamentales*. Colombia: Legis.
- Bergallo, Paola. 2011. «Courts and the Right to Health in Argentina: Achieving Fairness Despite Routinization in Individual Coverage Cases?». En *Litigating Health Rights* editado por Alicia Ely Yamin y Siri Gloppen, 43-75. Harvard: Harvard University Press.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2004. *Historia de la Ley 19.966. Establece un régimen de garantías en salud*.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
- Biehl, João, Mariana P. Socal, y Joseph J. Amon. 2016. «The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil», *Health and Human Rights Journal* 18, nro. 1: 209-20.
- Brinks, Daniel y William Forbath. 2014. «The Role of Courts and Constitutions in the New Politics of Welfare in Latin America». En *Law and Development of Middle-Income Countries*, editado por Randall Peerenboom y Tom Ginsburg, 221-45. New York: Cambridge University Press.
- Ferraz Motta, Octavio. 2009. «The right to health in the courts of Brazil: Worsening health inequities?», *Health and human rights* 11, nro. 2: 33-45.
- Figuroa, Rodolfo. 2013. «El derecho a la salud», *Estudios Constitucionales* 11, nro. 2: 283-332.
- . 2016. «Pacientes critican exclusión de enfermedades de Ley Ricarte Soto», *Diario Uchile*, 6 de octubre.
<https://radio.uchile.cl/2016/10/06/pacientes-critican-exclusion-de-enfermedades-de-ley-ricarte-soto/>

- García, José Francisco y Sergio Verdugo. 2013.** *Activismo judicial en Chile. ¿Hacia el gobierno de los jueces?* Santiago: Librotecnia.
- Hawkins, Benjamin y Arturo Alvarez Rosete. 2019.** «Judicialization and Health Policy in Colombia: The Implications for Evidence-Informed Policymaking», *Policy Studies Journal* 47, nro. 4: 953-77.
- Jacobson, Peter, Elizabeth Selvin, y Scott Pomfret. 2001.** «The Role of the Courts in Shaping Health Policy: An Empirical Analysis», *Journal of Law, Medicine & Ethics* 29: 278-89.
- Kelsen, Hans. 1988.** *Escritos sobre la democracia y el socialismo.* Madrid: Debate.
- Manfredi, Christopher y Antonia Maioni. 2002.** «Courts and Health Policy: Judicial Policy Making and Publicly Funded Health Care in Canada», *Journal of Health Politics, Policy and Law* 27: 213-40.
- Morales, Leticia. 2015a.** *Derechos sociales constitucionales y democracia.* Madrid: Marcial Pons.
- . 2015b. «Taking Facts Seriously: Judicial Intervention in Public Health Controversies», *Public Health Ethics* 8, nro. 2: 185-95.
- Rodríguez Garavito, César. 2012.** «La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones». En *La Salud en Colombia. Logros, Retos y Recomendaciones*, editado por Oscar Bernal y Catalina Gutiérrez, 507-60. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- Ronconi, Liliana. 2013.** «Derecho a la salud: entre reglas y principios». En *Tratado de Derecho a la Salud.* Tomo II., coordinado por Laura Clericó, Liliana Ronconi y Martín Aldao, 977-1002. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Sentencia Corte Suprema (SCS), Rol nro. 43250-2017, de 29 de diciembre de 2017.**
- . **Rol nro. 25009-2018, de 2 de enero de 2018.**
- . **Rol nro. 16881-2018, de 10 de diciembre de 2018.**
- . **Rol nro. 20672-2018, de 27 de diciembre de 2018.**
- Syrett, Keith. 2007.** *Law, Legitimacy and the Rationing of Health Care.* Cambridge: Cambridge University Press.
- . 2014. «Courts Expertise and Resource Allocation: Is there a Judicial «Legitimacy Problem»?», *Public Health Ethics* 7: 112-22.
- Uprimny, Rodrigo y Juanita Durán. 2014.** *Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia.* Santiago: CEPAL-GIZ.
- Yamin, Alicia Ely. 2014.** «Promoting Equity in Health: What Role for Courts?», *Health and Human Rights Journal* 16, nro. 2: 1-9.
- Yamin, Alicia Ely y Siri Gloppen, eds. 2011.** *Litigating Health Rights. Can Courts Bring More Justice to Health?* Harvard: Harvard Law School.
- Zúñiga Fajuri, Alejandra. 2011.** «El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la Constitución: una relación necesaria», *Estudios Constitucionales* 9, nro. 1: 37-64.
- . 2014. «When Constitutional Justice has the Last Word on Health Care: The Case of Chile», *International Journal of Health Services* 44, nro. 2: 373-81.

TERCERA PARTE:
Modelo de atención
centrado en las personas
y sus comunidades

Modelo de atención centrado en las personas y sus comunidades

Oswaldo Artaza,¹ María Begoña Yarza²

Introducción

En la actualidad, los sistemas de salud se encuentran exigidos por una serie de factores, entre ellos, los cambios demográficos y epidemiológicos, que se manifiestan en el aumento de la esperanza de vida. Por otro lado, las principales causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, traumatismos) han traído consigo la rápida aparición de nuevas tecnologías y procedimientos de alto costo. Asimismo, traen nuevos desafíos los cambios en las necesidades y preferencias de las personas, la internalización de que las y los ciudadanos en salud no son «clientes» ni objetos pasivos de asistencia, sino que crecientemente se perciben como sujetos de derechos y protagonistas de las decisiones que involucran a su cuerpo y calidad de vida. Por último, el incremento en los costos de producción de los servicios; los requerimientos de aporte a la equidad y cohesión social; los cuestionamientos a la calidad y seguridad de las

.....
1 Médico pediatra. Magíster en Administración en Salud. Exministro de Salud de Chile. Exdirector de hospital. Exasesor Sistemas y Servicios OPS/OMS. Profesor adjunto *ad-honorem* Instituto de Salud Pública Universidad Austral de Chile. Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas.

2 Médico-Cirujano especialista en Pediatra Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra, Académica facultad de Medicina Universidad Diego Portales, directora académica de la Sociedad Chilena de Calidad asistencial (SOCCAS).

prestaciones; las dificultades relacionadas con la disponibilidad de recursos humanos calificados y la preocupación de los países por materializar el derecho a la salud a través de proveerle acceso universal han creado la necesidad de replantear el funcionamiento de los servicios de atención.

La declaración de Astaná, y el movimiento que de allí se genera, retoma el espíritu de la Declaración de Alma-Ata de 1978 en nuevos contextos y escenarios (Almeida 2018; OPS 2018; OPS 2019), asumiendo plenamente los desafíos anteriormente planteados. Se constata que en las últimas décadas se ha ido produciendo un mayor consenso, al menos declarativo, en torno a fortalecer el desarrollo de modelos de atención basados en la atención primaria de salud, APS, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad, superando enfoques parcelares que se acotaban solo a aspectos estructurales, financieros u organizacionales. Dicho consenso ya se había expresado en la Resolución CD53.R14 (OPS 2014) sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud —«Salud Universal»— como estrategia que busca materializar y garantizar la salud como un derecho de todas y todos, sin discriminación alguna. Para avanzar hacia la universalidad en salud se definieron cuatro líneas estratégicas, la primera de ellas señala «ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades». Para ello, el concepto de salud universal retoma la propuesta de transformar la organización y la gestión de los servicios implementando y haciendo funcionar Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS, (OPS 2010; OPS 2011) centradas en las personas y las comunidades, lo que implica el desarrollo de modelos de atención basados en la atención primaria de salud, APS, (OPS 2017; OMS 1978); y desplegar acciones sanitarias y de prestación de servicios integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, que requieren del desarrollo de capacidades humanas, suministros y tecnologías sanitarias distribuidas adecuadamente según las necesidades. Uno de los atributos esenciales de las RISS es que la atención está centrada en las personas y sus comunidades, ACP-C, aspecto que se desarrolla en extenso en este capítulo.

Redes Integradas de Servicios de Salud para atención centrada en las personas y comunidades

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto a las RISS (OPS 2010) como una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales tales como el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, entre otros. La propuesta de RISS implica una serie de ámbitos y atributos que se resumen en la [Tabla 1](#):

Tabla 1. Ámbitos de abordaje y atributos de las RISS

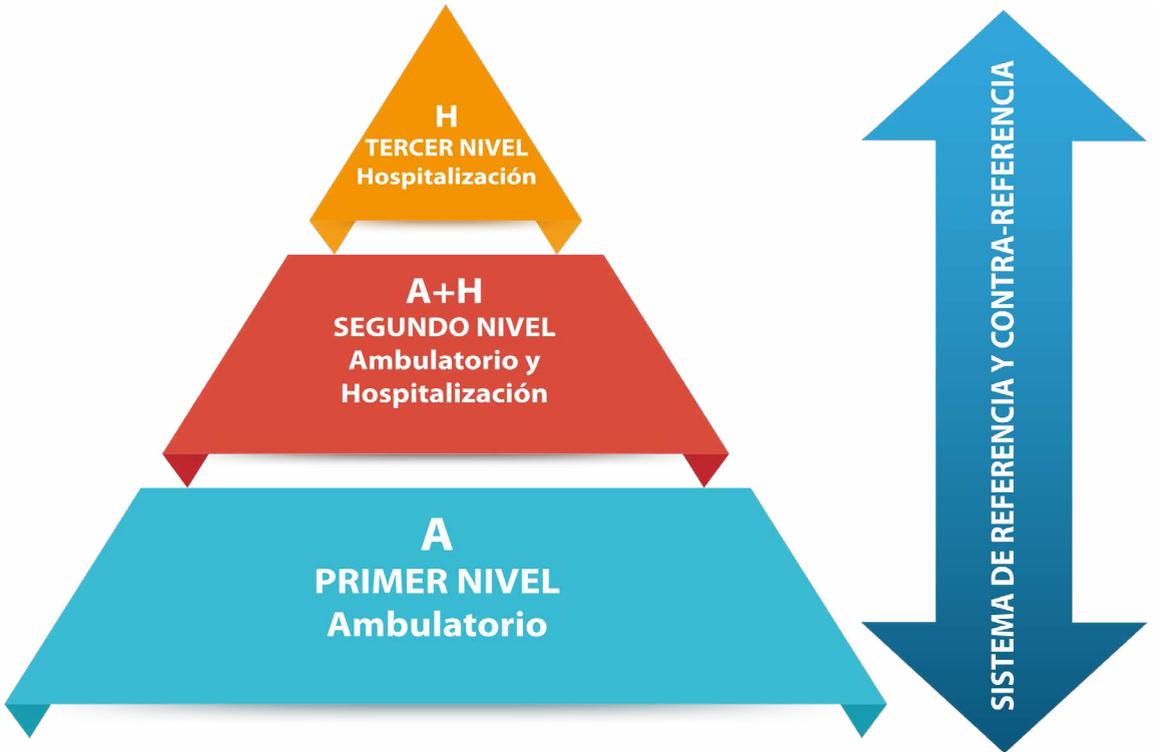
Ámbitos	Atributos de las RISS
Modelo asistencial	<p>Población y territorio a cargo. Capacidad de conocer y actuar sobre las necesidades de salud de las personas, las familias y sus comunidades, comprendiendo sus preferencias.</p> <p>Red de establecimientos de distinta complejidad que prestan coordinada y colaborativamente servicios integrales (desde la promoción, la prevención, a la rehabilitación y cuidados de largo plazo), durante todo el curso de vida, en los problemas físicos y de salud mental, superando estancos por programas verticales o problemas de salud específicos.</p> <p>Un primer nivel de atención interdisciplinario, de acceso universal, que actúa comunitariamente y articula al sistema prestador desde el territorio.</p> <p>Prestación de servicios especializados de preferencia en el espacio ambulatorio y en apoyo al primer nivel de atención. Las tecnologías sanitarias (incluyendo medicamentos) están disponibles para que las necesidades de salud se resuelvan ambulatoriamente.</p> <p>Existencia de mecanismos de coordinación asistencial asegurando la continuidad de los cuidados.</p> <p>Atención de salud centrada en las personas, las familias y sus comunidades, teniendo en cuenta sus derechos, su participación protagónica y la plena consideración de sus particularidades culturales y de género y la diversidad de cosmovisiones y de requerimientos.</p>

Gobernanza	Un sistema único de gobernanza para la red. Participación social amplia y efectiva. Acción intersectorial y abordaje de las determinantes sociales de la salud y la equidad en salud.
Organización y gestión	Gestión integrada de los distintos componentes del trabajo comunitario y de la atención de salud, el apoyo clínico, la administración y la logística. Trabajadora/es de la salud suficientes, adecuadamente distribuidos, competentes y valorados por la comunidad. Sistemas de información integrados y que facilitan la continuidad de los cuidados y la toma de decisión en red. Gestión basada en resultados.
Financiamiento e incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos alineados con la priorización del trabajo comunitario y la atención ambulatoria; y con el cumplimiento de las metas de la red.

Fuente: adaptado de *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas* (OPS 2010).

La mirada subyacente en RISS, es la de la APS, la cual es la «respuesta sanitaria integral y esencial accesible a todas las personas, familias y comunidades a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo sostenible». Por «esencial» se entiende a lo «primordial», lo más importante que debe estar accesible para todos de manera integral, sin discriminación alguna para la obtención del mayor nivel de calidad de vida posible. Por tanto, es una estrategia que comprende no solo todo el sector salud, sino que a «todas las políticas». La APS tiene valores y principios universalmente aceptados (OPS 2017; OMS 1978) y requiere de servicios cercanos a las personas y las comunidades. Por ello, para el éxito de RISS, es clave un primer nivel de atención fuerte, resolutivo y de calidad que esté apoyado por servicios especializados estructurados en red. La estrategia de APS requiere de una activa participación social, de incorporar aspectos tales como interculturalidad y género, y de capacidades para trabajar intersectorialmente sobre las determinantes sociales de la salud. APS sin duda que no puede acotarse a «servicios pobres para los pobres», ello obliga a una decisión de Estado por invertir gran parte del gasto público en un primer nivel de atención resolutivo, confiable, cercano a las personas, interactivo con la comunidad y de alta calidad.

RISS es más que solo conectividad de sistemas informáticos (aunque ayuda mucho), ni normas de referencia y contra referencia por sí solas, ni meros acuerdos entre establecimientos para derivación de personas enfermas. RISS es una construcción permanente de personas y organizaciones que se articulan, involucran y comprometen para resolver cooperativamente necesidades de personas y comunidades. La propuesta de RISS explicita un modelo de atención con una representación gráfica que transforma radicalmente la estructura habitual y conocida del modelo de atención basado en niveles de complejidad, representado piramidalmente, de tan amplia difusión ([Figura 1](#)). Esta representación omite la importancia de la población y el contexto cultural y no los incluye como componentes en la representación gráfica del sistema. Supone una mayor complejidad del hospital que está en plena transición, primero porque dicho paradigma no reconoce toda la complejidad biopsicosocial que aborda cotidianamente el equipo de primer nivel, que requiere otras competencias. Tampoco reconoce que muchas de las acciones de mayor complejidad se están trasladando paulatinamente a dispositivos ambulatorios (centros diurnos de cirugía mayor ambulatoria, quimioterapia y diálisis, centros diagnósticos y terapéuticos extrahospitalarios, etc.); asigna mayor cobertura al primer nivel, cuando, de hecho, todos los niveles deben tener una cobertura total de las funciones en las que se especializan e igual mirada de población y territorio. Instala la falsa impresión de que en los hospitales se hacen menos cosas, aunque, en realidad, concentran gran volumen de prestaciones en pocas personas, con un número total de tareas muy significativo; y ubica a los hospitales al tope, aunque, de hecho, es la población la que debe ocupar esa posición o estar en el centro de toda conceptualización del sistema. En el concepto de RISS se reubican los servicios de salud, se establece un primer nivel cercano a ella y una serie de componentes especializados de apoyo, entre ellos, el hospital, con requerimientos específicos de gestión y gobernanza ([Figura 2](#)).



● Figura 1. Pirámide tradicional del sistema de atención de salud.

Fuente: OPS. Hospitales en redes integradas. Recomendaciones estratégicas.



● Figura 2. Representación gráfica de los atributos de un modelo de atención en red.

Llama la atención en la figura, que no aparece segundo y tercer nivel. Esto es debido a que los cambios tecnológicos y la ambulatorización de la atención, han permitido difuminar los límites entre los niveles clásicos, ya que actualmente la alta complejidad en la atención de salud se da por igual a nivel hospitalario que a nivel ambulatorio. Por lo anterior, hoy se tiende a hablar de primer nivel y luego de atención especializada ambulatoria y de internación.

Fuente: Adaptación OPS, de organización Panamericana de la salud «Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas» Washington, D.C: OPS, © 2010

Parte esencial de las RISS es que los servicios que se presten sean integrados y centrados en las personas y sus comunidades (OMS 2016). Estos últimos son aquellos gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciben servicios sin solución de continuidad entre la promoción de la salud y los de atención paliativa, pasando por la prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de la atención, de los cuidados y rehabilitación, todo ello de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y de los servicios sociales (intersector), con arreglo a sus necesidades a lo largo de todo el curso de vida, e incorporando miradas de género, interculturalidad, de respeto a la diversidad y respetando plenamente a la autonomía y participación de las personas. Atención centrada en la persona es la forma de entender y practicar la atención en salud que adopta conscientemente el punto de vista de las personas, las y los cuidadores, las familias y sus comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona y respeten las preferencias sociales.

La atención centrada en la persona y sus comunidades, ACP-C, exige también que estas reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención, y que las y los cuidadores y trabajadora/es de la salud estén en condiciones de aportar en todo su potencial dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención «centrada en la persona» es más amplia que la «centrada en el paciente», en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia familia y comunidad, y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política de salud y de los servicios de salud. Este capítulo describe los aspectos esenciales para un modelo de atención ACP-C, así como factores claves, especialmente en el ámbito hospitalario, para la transformación de los servicios hacia ese enfoque.

Modelo para ACP-C

El modelo es una representación descriptiva de la forma óptima de organizar las acciones, de modo de satisfacer las necesidades y demandas de salud y ayudar a mejorar el sistema en su conjunto. Esta disposición óptima no se produce por sí sola, requiere trabajo de conducción y reorganización del sistema, que solo puede llevarse a cabo con persistencia, tiempo y gestión estratégica de alta calidad. La forma en que las y los profesionales de la salud y las organizaciones sanitarias se relacionan con las personas sujetos de atención de salud para rehabilitar, prevenir, cuidar o tratar a una persona portadora de un problema de salud o que está expuesta a un riesgo para con su salud es lo que hemos denominado modelo de atención. Un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que las personas están en el centro de la toma de decisión, participa de estas decisiones y se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo. Esta forma de relacionarse ha ido variando con relación a los contextos históricos y sociales en que se ha desarrollado la salud (OPS 2010).

El modelo de atención fuertemente curativo y hospitalario no ha sido posible de permear suficientemente a pesar de todo el esfuerzo de cambio hacia el modelo biopsicosocial que desde la década de los años setenta fueron planteados por Engels (1977). Posteriormente se ha desarrollado una amplia promoción de modelos que instalan en el centro a las personas sujetos de atención (Modelo centrado en el consultante, centrado en el «paciente»). Desde los años noventa en los modelos de atención explicitados por organismos internacionales o por la mayoría de los países, se hace activa referencia, al menos en lo discursivo, a la necesidad de una mirada sistémica y holística de las personas. Con relación a la atención, esta debe ser integral, con altos componentes anticipatorios (prevención primaria hasta la prevención cuaternaria) y con altos grados de incorporación de las personas y las comunidades en la toma de decisión en salud (OPS 2010; OPS 2011).

En los sistemas de salud, el hospital como fenómeno organizacional y cultural se ha construido como un símbolo del sistema sanitario, es

allí donde «ocurren las cosas». Los hospitales consumen cerca de 2/3 del presupuesto de salud de los países, la formación de las y los profesionales de la salud ocurre la mayor parte del tiempo en el hospital a pesar de que el discurso de las entidades formadoras en el último tiempo es primarista y comunitario. El hospital ha ido concentrando altos niveles de tecnología y de recursos, la gran mayoría de los médicos que están en el sector público está en hospitales (Goic 2015). Todo esto explica la alta carga simbólica y de la incidencia del actuar hospitalario sobre el sistema sanitario en general.

El avance insuficiente de modelos centrados en las personas en los modelos de atención, especialmente en los hospitalarios, tiene varias explicaciones: en los ámbitos en que se toman las decisiones se ha privilegiado más un discurso sobre el modelo que fórmulas prácticas de implementarlo. En los hechos, tanto en las asignaciones presupuestarias, en la formación profesional, como en los énfasis de las políticas, se sigue promoviendo el enfoque biomédico centrado en el hospital. En las propuestas de objetivos y metas se coloca más atención a la gestión de los recursos (camas, quirófanos, horas contratadas, etc.) y a la producción de prestaciones que a la solución integral y de calidad a las personas. Los recursos o el reconocimiento que reciben los equipos de salud no están vinculados a que los procesos asistenciales se hagan ambulatorios o a mejoras en la continuidad de la atención y de los cuidados, sino más bien a producir actividades tradicionales al interior del establecimiento; y también suelen ser escasos los indicadores de impacto y resultados sanitarios. Finalmente, las y los profesionales de la salud y las médicas y médicos especialmente, se alejan de las propuestas de cambio, porque suelen no ser consistentes con sus prácticas cotidianas, tienden a ser poco legitimadas por su diseño vertical y porque generan la percepción de amenaza en pérdida de autonomía profesional y de poder de decisión y, a consecuencia de ello, una amenaza de pérdida de posición económica y social.

La ACP-C se alejan de modelos de cuidados tradicionales donde la atención viene determinada por procedimientos uniformes derivados de necesidades asociadas a clasificaciones de enfermedades y por condicionantes organizativos (lo que en ocasiones se ha denominado modelos

de atención centrada en los servicios). La ACP-C tiene que centrar su foco en las capacidades de las personas, no en el déficit. Partiendo de sus necesidades, pero, sobre todo, garantizando sus derechos y respetando sus preferencias y sus deseos en la atención y en la vida cotidiana. Es frecuente confundir el modelo centrado en las personas con modelos paternalistas en que no se propicia los niveles de autonomía de las personas ni de respeto y se suele contraponer con el modelo centrado en los servicios, en la oferta o en los recursos. Ambos extremos están centrados en los proveedores de salud y no en las personas que atendemos. Los aspectos centrales de un modelo para ACP-C se pueden resumir en la [Tabla 2](#).

Tabla 2. Aspectos centrales de un modelo para la atención centrada en las personas y sus comunidades

ACP-C y enfoque de derechos	Contexto estructural e institucional para definir, respetar, ejercer plenamente y tutelar los derechos de las personas en salud
APC-C e integralidad	<p>Enfoque de salud enfermedad que asume los procesos políticos y económicos con mirada de población y territorio, que comprende el determinismo social como base de los desafíos sanitarios.</p> <p>Estrategias integradas en la prevención primaria, secundarias, terciarias y cuaternarias; en la curación, y rehabilitación; en los cuidados de largo plazo y paliativos; en las dimensiones de la salud biopsicosocial desde la perspectiva de los riesgos y su prevención o mitigación; en todo el curso de vida; en el continuo de atención y cuidados; y en la diversidad de ser familias y comunidad.</p> <p>Los equipos de salud tienen herramientas para conocer y actuar sobre las necesidades particulares de diversos grupos de la población.</p>
APC-C e interculturalidad	<p>El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de salud indígena), son incorporados respetuosamente en el diseño e implementación de las políticas públicas.</p> <p>Los equipos de salud reconocen e incorporan explícitamente las percepciones y prácticas, desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad.</p>

APC-C y enfoque de género	<p>Las políticas y las prácticas en salud se hacen cargo de las inequidades en temas de género, así como de erradicar la mirada utilitarista —basadas en el patrón patriarcal vigente— de la participación femenina en salud, que privilegia más el espacio de participación en los cuidados y menos en la participación del diseño e implementación de las políticas.</p> <p>Se generan prácticas que propicien la participación democrática, con estrategias para disminuir la frontera cultural de roles y las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres.</p>
APC-C y enfoque sistémico y de territorio	<p>Se desarrollan herramientas que permitan observar, sistémica e integralmente, las necesidades de personas y comunidades, con conocimiento del contexto social, económico y cultural en que se desenvuelven las personas, en su vida en relación en un territorio dado.</p> <p>Se tiene capacidad de conocer y actuar de modo intersectorial sobre los factores de inequidad y las determinantes sociales de la salud.</p> <p>El diseño e implementación de mejores prácticas es producto de una relación dialógica y de acompasamiento entre los equipos de salud, las personas y sus comunidades con mirada sistémica y de territorio.</p>
APC-C y participación social	<p>La participación social deja de ser utilitaria, oportunista o clientelar, siendo el medio para apoyar la transferencia de poder, responsabilidad y protagonismo a las personas y sus comunidades. Para ello se implementan medios concretos para facilitar dicha participación en el trabajo comunitario y de los centros de salud.</p> <p>Los establecimientos de salud transitan de organizaciones cerradas y endogámicas a espacios públicos de encuentro democrático. Espacios públicos donde la ciudadanía lo pueda apropiar como propio, confiriendo sentido de pertinencia e identidad, democratizándolo y horizontalizando el espacio de encuentro donde se lleva a cabo la atención de salud.</p> <p>La opinión de las personas en torno a sus experiencias en el proceso de atención se constituye en elemento central para el cambio y la mejora continua.</p>

Fuente: elaboración propia.

Elementos esenciales para un modelo de atención centrados en las personas y sus comunidades

Los elementos esenciales para un modelo de atención para ACP-C, guardan relación con estrategias para que las personas y las comunidades asuman poder y responsabilidad y participen de modo protagónico y autónomo en decisiones e implementación de medidas efectivas para entornos saludables y para la prevención y mantención de la salud personal, familiar y comunitaria; con estrategias tendientes a fortalecer la gobernanza participativa de los servicios y la rendición de cuentas; y estrategias para la reorientación del modelo de atención asistencial, lo que implica servicios ambulatorios resolutivos, hospitales integrados en redes, tecnologías sanitarias y talento humano alineado con el nuevo modelo y un trabajo sistemático en la instalación de una cultura de la calidad.

Servicios ambulatorios resolutivos para ACP-C

Ampliar el acceso a los servicios de salud, implica invertir en los servicios ambulatorios de atención a través del trabajo en y con la comunidad, muy cercano al hábitat de las personas, de forma tal que los servicios respondan y se adapten a sus condiciones de vida; esto implica mejorar la accesibilidad y la capacidad resolutiva en el nivel ambulatorio, que conlleve a mejorar la confianza y satisfacción de las personas y comunidades. Se entiende por servicios ambulatorios al primer nivel de atención o de primer contacto con la comunidad usuaria, y también a los diversos establecimientos de salud, que tienen competencias humanas y capacidades tecnológicas especializadas en temas de menor frecuencia o de soporte diagnóstico, terapéutico o logístico al primer nivel fuera de los hospitales, y a los diversos dispositivos en la comunidad tanto del sector salud como sociales, que trabajando articuladamente en red, resuelven —sin internación— las necesidades de personas y comunidades.

El abordaje anticipatorio del cuidado de la salud, por ende, la prevención para la mejora de la calidad de vida implica una respuesta social integrada. Este cambio no puede ser adscrito solo al sector salud o a

un dispositivo sanitario en particular e implica un cambio en el paradigma organizativo. Significa la transformación en cómo intervenimos poblacionalmente, en cómo se modelan los sistemas y en cómo disponemos los recursos necesarios para cumplir ese objetivo.

La capacidad resolutoria de los servicios de salud incluye el contar con equipos interdisciplinarios de salud, EIDS, capacitados, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas con dificultades en el acceso a la atención en salud, como por ejemplo áreas rurales dispersas o zonas urbanas y periurbanas pobres y excluidas. Dicho personal debe contar con las tecnologías sanitarias apropiadas (laboratorios, medicamentos) y suficientes, así como con acceso efectivo a las especialidades. Los cambios y adaptaciones en los servicios de salud, principalmente en el primer nivel de atención, se dirigen hacia tener un equipo de salud que cuente con las capacidades para actuar intersectorialmente sobre los determinantes sociales de la salud. Actuar junto a la comunidad en acciones de promoción y prevención, para el manejo tanto de problemas agudos como de los crónicos, incluyendo las secuelas y discapacidades, así como los cuidados paliativos y de largo plazo, en y desde el propio domicilio de las personas, y para sostener una relación cercana, fluida y permanente con la comunidad. La cercanía tiene una dimensión relacionada a la ausencia de barreras geográficas y a la capacidad de adaptación del servicio de salud y del equipo de salud a las necesidades específicas de la población, lo que implica la proximidad física y la facilidad con que las personas se vinculan establemente con el personal de salud, piden sus citas, son informados e involucrados; la vinculación de los servicios de salud con los diversos actores locales, incluyendo los medios de comunicación; y la capacidad de comprender necesidades particulares sean por edad, género, etnia u otra característica. El uso de las tecnologías modernas de la comunicación, la visita domiciliaria, las brigadas o rondas móviles de los equipos de salud en áreas rurales dispersas, el agente o trabajador/a de salud comunitaria, las alianzas con grupos comunitarios y muchas otras modalidades son estrategias para establecer cercanía de los servicios de salud.

El primer nivel de atención no puede reducirse a ser solo puerta de entrada, sino debe ser un eje ordenador de todo el sistema y constituirse

en la fuente primaria de los sistemas de información para el manejo y gestión de casos (que se ve apoyado por el desarrollo de expedientes electrónicos en red); para el seguimiento de procesos asistenciales; la gestión de citas y casos; para los sistemas de referencia y retorno; etc. Esto último significa que los servicios de salud se estructuran y organizan —sus recursos humanos, infraestructura y tecnologías— para asegurar un primer nivel plenamente capaz de actuar integralmente, con y para las personas y la comunidad. Un primer nivel de atención con capacidades para que desde el propio hábitat de las personas se pueda resolver integralmente los principales problemas de salud. Capacidades para la acción intersectorial, la prevención, los cuidados de largo plazo para asegurar la continuidad de los cuidados; para garantizar un acceso libre de barreras y así evitar derivaciones y hospitalizaciones innecesarias o que las personas lleguen tardíamente al hospital.

El liderazgo de salud en la acción comunitaria se basa en las capacidades para trabajar, coordinar, articular, dar soporte y aprender de la acción conjunta con los diversos actores comunitarios. Las prácticas al interior de los equipos integran los diversos aspectos de la vida individual y en sociedad en todo el curso de vida de las personas. Los roles de cada miembro del equipo tienden a ser más flexibles y se facilita la acción transdisciplinar. Junto a aumentar la necesidad de especialización en el nivel ambulatorio, se acentúa el abordaje generalista y un mayor gasto de energía en coordinación y cooperación. A mayor necesidad de diversidad y especialización en el trabajo ambulatorio, mayor necesidad de mantener un balance, una mixtura adecuada de cuidados coordinados de forma experta y holística sobre las necesidades de personas y comunidades. Lo anterior nos obliga a repensar continuamente nuestras prácticas en la formación y acción profesional y a adecuar nuestros roles e identidades alrededor de las necesidades de las personas, e implica establecer mecanismos de comunicación y cooperación fluida que aseguren a los equipos de salud del nivel ambulatorio el apoyo continuo de su red en capacitación, tutoría continua y soporte sea presencial o por medios como telemedicina.

Un primer nivel de atención confiable y resolutivo requiere de múltiples condiciones humanas y materiales (Tabla 3) que solo son posibles cuando se conjugan voluntad política, priorización de recursos y presión social sostenidas en el tiempo.

Tabla 3. Condiciones para un primer nivel de atención confiable y resolutivo

1. El equipo de salud y la comunidad conocen las actividades que debe desarrollar el centro de salud y tienen las capacidades para implementarlas, evaluarlas y ajustarlas de modo dinámico y participativo.

2. El equipo de salud conoce a su población a cargo; conoce el contexto social del territorio en que las comunidades habitan; identifica determinantes sociales y sus necesidades de salud; puede priorizarlas; identifica factores de riesgo; puede georreferenciarlos. Ajusta sus actividades a las necesidades priorizadas.

3. El centro de salud de primer nivel tiene las capacidades para seguir y acompañar a las personas, mantener contacto de acuerdo con el perfil y la estratificación de riesgos y participar protagónicamente en la gestión del proceso asistencial en que estas están involucradas, de modo de asegurar continuidad del cuidado.

4. El tipo de centro de salud —móvil o estacionario—, su conformación, su disposición espacial y en la geografía, su diseño arquitectónico, su equipamiento, su horario, entre otros aspectos, se adapta al logro de la mayor cercanía física y a generar las mayores facilidades para vincular familias y equipos de salud.

5. El centro de salud tiene espacios formales de participación de la comunidad y da cuenta pública y periódica del uso de sus recursos, así como de sus acciones y resultados.

6. El centro de salud, su personal, forman parte de la vida comunitaria y participan formal y activamente en los espacios de decisión, interacción e implementación local de toda política, programa o actividad con impacto en la calidad de vida.

7. Los sistemas de información de la red son diseñados y perfeccionados desde los requerimientos del primer nivel de atención.

8. Las condiciones de infraestructura; las capacidades humanas y las tecnologías sanitarias son adecuadas para ejecutar las actividades que le corresponden al centro de salud.

9. El financiamiento, el abasto, el mantenimiento y el apoyo continuo de una red posibilitan el cumplimiento integral de las actividades esperadas y definidas para el centro de salud.

10. Las actividades de promoción, fomento, prevención, curación y cuidados de largo plazo combinan distintos saberes e integran a terapeutas, cuidadora/es y educadora/es.

-
11. Los procesos asistenciales de la red son diseñados, evaluados y mejorados desde los requerimientos de los centros de salud de primer nivel.
-
12. El primer nivel tiene capacidades para realizar vigilancia epidemiológica; y para generar información precisa, fidedigna y suficiente para la toma de decisiones en salud.
-
13. El primer nivel organiza y gestiona sus actividades matricialmente y evita estancos o «programas verticales» que dificulten el trabajo integrado.
-
14. El primer nivel tiene capacidades para la resiliencia ante desastres y para ejercer liderazgo ante emergencias.

Fuente: elaboración propia.

Estructuración y organización de los servicios ambulatorios y de apoyo social para ACP-C

El primer nivel de atención, conformado por equipos de salud interdisciplinarios, EIDS, tiene apoyo de —y contribuye a— una red compuesta por a) dispositivos o establecimientos ambulatorios de mayor complejidad, que concentran equipamiento tecnológico y personal sanitario de mayor especialización en áreas diagnósticas y terapéuticas específicas, de modo de alcanzar economías de escala y optimizar el uso de recursos. En dichos centros se puede generar consejería para manejo de casos más complejos desde el punto de vista curativo; procedimientos diagnósticos y terapéuticos tales como imagenología de alta especialización; procedimientos endoscópicos o laparoscópicos; cirugía mayor ambulatoria; diálisis, quimioterapias; centros de salud mental de hospitalización diurna etc.; b) hospitales de agudo;³ c) establecimientos de internación de rehabilitación o larga estancia; d) dispositivos para manejo comunitario de problemas de salud mental compensados, de personas adultas mayores dependientes, de los cuidados paliativos, etc., red socio sanitaria⁴ y, dada

.....
 3 Se entiende por hospital de casos agudos a aquel que produce, en el ámbito hospitalario, tratamientos médicos o quirúrgicos con uso intensivo de capacidades humanas, de tecnologías sanitarias y altos niveles de cuidado en períodos breves de tiempo, dejando que la rehabilitación y los cuidados de largo plazo sean asumidos por otros establecimientos de la red.

4 Red socio sanitaria es la estructuración articulada de todos los programas sociales y de salud realizados por organizaciones estatales, no gubernamentales, municipios, etc. a nivel local, al objeto de generar protección y cuidados a las personas que por diversas razones requieren de asistencia o apoyo en su domicilio o en diversos establecimientos especialmente diseñados

la capacidad de acercar los cuidados y del avance tecnológico, al propio domicilio de las personas.

Mejorar el acceso requiere que junto a otros sectores se logren terminar con las diversas barreras que se constituyen en obstáculo para que las personas puedan hacer uso efectivo de los servicios que requieren, y de que progresivamente el gasto público vaya porcentualmente incrementándose hacia los establecimientos ambulatorios de modo que pueda lograrse un mejor balance entre las transferencias al ámbito ambulatorio y al hospitalario. Esto último requerirá de fuerte voluntad política para que gradualmente los futuros incrementos presupuestales vayan en mayor proporción hacia lo ambulatorio y no hacia lo hospitalario. Junto a un incremento gradual y persistente del gasto público en salud hacia el nivel ambulatorio —para gastos recurrentes e inversión—, será necesario consensuar con todos los sectores que prestan servicios de atención —especialmente con el subsector privado— un modelo de atención compartido, dado que es muy difícil sostener un nivel ambulatorio confiable y socialmente legitimado si el acceso directo a la especialidad es la vía que culturalmente se instala en el mercado.

La conexión entre el primer nivel de contacto y su red de apoyo se realiza por estructuras o espacios de gobierno y de gobernanza de red. Estos espacios, tienen capacidades, poder y financiamiento para, de modo participativo, definir prioridades, reconfigurar dinámicamente la red (carteras de servicios y capacidad de oferta de los distintos integrantes de esta e incluso la decisión de priorización de casos) según los procesos asistenciales que se definan sobre la base de las necesidades de salud de personas y comunidades. Es clave no olvidar de configurar capacidad de gobierno corporativo a las redes. Dichos espacios de gobierno deben lograr articulación y balance entre autoridades regionales con las locales, con las organizaciones de la sociedad civil, involucradas en el territorio y con la población de la red. Este gobierno corporativo debe tener capacidad de modular carteras de servicios, de generar cuenta pública y de generar incentivos. Los elementos críticos de éxito están expresados en la [Tabla 4](#).

.....
para la asistencia, la recreación y el compartir.

Tabla 4. Factores críticos de éxito para redes centradas en las personas y sus comunidades

1. El poder no reside en grupos intrahospitalarios, sino que está distribuido en los distintos actores, especialmente las propias personas y comunidades.

2. En las redes hay cultura e institucionalidad para trabajo colaborativo, al interior de los establecimientos, entre ellos, entre salud y el intersector, entre salud y sociedad civil.

3. Los procesos de atención y del cuidado se planifican, implementan, evalúan y mejoran, sistémicamente —incorporando los aspectos bio-psico-sociales— con participación de todos los involucrados.

4. Equipos interdisciplinarios —EIDS— en primer nivel de atención competentes y bien incentivados, que comparten un relato y una mística centrado en la labor comunitaria y en el logro de resultados sanitarios.

5. Capacidades humanas, tecnologías sanitarias incluido medicamentos e insumos, adecuadas bien abastecidas y mantenidas para cartera de servicios de primer nivel y de los diversos establecimientos en red ambulatorios, con enfoque promocional y capacidad curativa.

6. Atención continuada —24/7— en los centros de primer nivel.

7. Establecimientos ambulatorios diagnósticos y terapéuticos de especialidad orientados al apoyo del primer nivel.

8. Proporción adecuada de camas en hospitales de casos agudos, de rehabilitación y de cuidados de larga estancia tanto hospitalarios como en domicilio y en espacios comunitarios.

9. Existencia de dispositivos comunitarios y de red socio sanitaria articulada con primer nivel.

10. Gobierno y gobernanza de red, planificando desde las necesidades e involucrando a principales actores del territorio (lógica de población y territorio).

11. Equilibrio entre porcentaje de gasto público e inversión a nivel ambulatorio con relación al hospitalario.

12. Formación de pregrado en espacio ambulatorio con enfoque preventivo y comunitario.

13. Modelo de atención compartido con sector prestador privado (colaboración o complementariedad público-privada más que competencia por usuario/os y recursos).

14. Sistema de evaluación de garantía de la calidad.

15. El servicio de atención asegura que las personas siempre tienen un responsable —de fácil contacto— en el transcurso del proceso de atención, quien coordina, aconseja y acompaña.

Fuente: elaboración propia.

Para lograr que la *atención ambulatoria sea confiable*, junto con las capacidades humanas y las tecnologías sanitarias adecuadas, es fundamental garantizar la calidad de los servicios de salud. La confianza solo es posible en la medida en la que un servicio es valorado por sus usuarias/os, al ser accesible, resolutivo y respetuoso con la dignidad de las personas. Quienes utilizan los servicios, al dar una valoración positiva a éstos, contribuyen al prestigio social del mismo y refuerzan la disposición a confiar en el servicio, a ser fiel a las indicaciones y a contribuir con su propia responsabilidad y aporte. Para garantizar la calidad, que es una responsabilidad de la Autoridad Sanitaria, es necesario abarcar al menos los siguientes aspectos: disponibilidad de un conjunto de normas básicas y de la supervisión y monitoreo de su cumplimiento de forma continua y transparente; contar con un sistema de evaluación de tecnologías de salud que fomente el acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguros y costo eficaces, así como su utilización científicamente racional; utilizar la metodología científica y de las ciencias de la bioética para evaluar intervenciones de salud de diverso grado de complejidad y tomar decisiones basadas en la evidencia y la ética para asegurar una prestación de servicios equitativa y racional.

Un hospital para ACP-C

Los hospitales, en muchos de los países de América Latina, son parte de sistemas fragmentados y segmentados. Son muy diversos, desde pequeños establecimientos de una decena de camas hasta empresas de la más alta complejidad técnica y organizacional. Atienden a segmentos pequeños de la población, son responsables de la mayor proporción del gasto en los sistemas sanitarios (OPS 2011), su actividad es relevante en la economía de los países y también concentran la atención comunicacional de la ciudadanía y la preocupación de los actores políticos. Los problemas que aquejan a los hospitales en la actualidad se agudizarán de no haber modificaciones sistémicas. Por otra parte, no será posible implementar redes efectivas sin generar cambios en y desde cómo se

diseñan y realizan los procesos asistenciales. Dicho de otro modo, no vemos posible RISS sin hospitales y no serán sostenibles hospitales sin RISS (OPS 2010).

Los hospitales en red necesitan formas de gobierno y gobernanza que permitan decisiones estratégicas que estén alineadas, sean coherentes y vinculantes para todos los participantes de la red. Sin duda que una tarea prioritaria para los próximos años en políticas públicas en salud, que posibiliten redes efectivas, es la instalación de mejores formas de gobierno y de gobernanza en los sistemas que, dado el contexto de cambio continuo y la diversidad de actores, ya no pueden pensarse nostálgicamente desde el antiguo paradigma de la sola integración vertical y los modos autoritarios jerárquicos del pasado.

En el nuevo modelo para la ACP-C, la capacidad de planificación sanitaria debe estar en instancias de gobierno de la red, de forma que los hospitales puedan pasar a ser una estructura flexible que sea redefinida dinámicamente en el tiempo por su red, la que debe fijar la cartera de servicios, es decir: el tipo de actividad, nivel de complejidad y especialidades. A su vez, el hospital debe tener la capacidad para modular su estructura de funcionamiento organizacional según los requerimientos de la red, con el objeto de obtener respuestas eficaces a las necesidades de salud de las personas. Habrá que superar la idea tradicional de que ciertas prestaciones necesariamente son y serán realizadas en un hospital convencional pudiendo llevarse a cabo de manera más costo-efectiva en otros componentes de la red. El hospital se concibe no como ente autónomo, sino como parte de la red y como apoyo al primer nivel de atención, la atención ambulatoria y domiciliaria. La organización del hospital ha dejado de estructurar sus recursos (camas, tecnologías y talento humano) en estancos verticales basados en órganos y especialidades, para pasar a organizarse matricialmente en torno a macro procesos centrados en las necesidades de las personas (la mujer, la niña, el niño, la y el adolescente, las personas adultas, los macro procesos de atención de emergencia, crítica y quirúrgica), cada vez habrá más funciones que no son responsabilidad exclusiva del hospital, sino que requieren de gestión integrada, pasando a ser temas compartidos con los servicios ambulatorios, con gestores compartidos.

En el hospital para la APC-C, se hace cada vez más relevante todo lo relacionado con la coordinación asistencial. En primer lugar, están los aspectos clásicos, como la referencia y contra referencia que deben constantemente superarse y reformularse al objetivo de que las personas no perciban quiebres en la continuidad de la atención y de sus cuidados. Para que esos procesos adquieran pleno sentido para los clínicos, debe avanzarse en la adopción de guías clínicas multinivel, protocolos, vías y hojas de ruta asistenciales adaptados a cada red de salud. Desde ese punto de vista, el proceso asistencial —que integra lo bio-psico-social— se convierte en el eje de la gestión en red y se constituyen redes que abarcan distintos niveles y conectan las funciones de varios establecimientos para conformar un flujo continuo y así resolver los problemas de la población en el lugar que garantice mayor costo-eficacia. Para ello, es que se planifican y ponen en práctica intervenciones colaborativas que se adaptan con flexibilidad para satisfacer las necesidades de las personas que, a su vez, son vistas en su contexto familiar, comunitario y cultural.

La tendencia es a favorecer la mayor capacidad resolutoria en el primer nivel de atención y a considerar los procesos asistenciales íntegramente. Sin duda que esto obligará a desarrollar mayor capacidad de articular y gestionar casos y procesos asistenciales desde la red. Este esfuerzo es esencial en temas prioritarios para las comunidades tales como enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental y oncología. La publicación *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales*, señala a propósito de ello que «una señal potente de funcionamiento en red es revisar una guía médica cualquiera: si esta comienza viendo al “paciente” desde su ingreso al hospital en adelante, es que la red no existe, es solo una ilusión, un buen propósito» (OPS 2011). Para lo anterior, el hospital para APC-C deberá desarrollar variadas iniciativas de conocimiento mutuo entre profesionales de distintos establecimientos llamados a operar en red, los que compartirán reuniones clínicas, visitas mutuas, interconsultas telefónicas o vía telemedicina, tutorías, comunidades de aprendizaje y, en general, un conjunto de iniciativas que favorezca el reconocimiento y conocimiento de esos profesionales. El objetivo debe ser que las y los

profesionales superen miradas estancas y que las acciones aseguren la continuidad asistencial en la experiencia del usuario.

El hospital que otorga ACP-C no podrá tener urgencias sobrecargadas, ya que solo recibirá emergencias provenientes de la atención pre-hospitalaria o personas derivadas desde los distintos establecimientos de la red de manera organizada sobre la base de la cartera de servicios de cada uno de ellos. El trabajo efectivo en red requerirá menos camas que hoy, las que serán más intensivas en uso de tecnologías y de capacidades humanas y más volcadas a lo ambulatorio. Los hospitales ya no se organizarán por «especialidades», estas ya no tendrán propiedad sobre camas, equipos y personal, sino que serán responsables de la agregación del conocimiento, la investigación, la docencia y de participar matricialmente —en red— en los procesos asistenciales en cooperación con los demás profesionales y técnicos que intervienen en los distintos nodos de la red. Se observará un creciente equilibrio entre «especialistas» y profesionales generalistas para asegurar la continuidad e integralidad de los cuidados intra y extrahospital y superar miradas parciales y despersonalizadas de la atención. El trabajo en equipo y de tipo matricial obligará a que gradualmente desaparezcan la separación en direcciones médicas y del cuidado, para ver aparecer estructuras integradas e interdisciplinarias por macro problemas en las cuales habrá alianzas de cogestión con el nivel ambulatorio para gestionar casos o procesos. Estas estructuras no solo integrarán el cuidado intramuros, sino que progresivamente se integrarán a estructuras en la comunidad. Los límites del hospital con la comunidad se harán más difusos, así como la actual separación entre los niveles de atención. El trabajo integrado, los resultados compartidos y la comunicación de información en tiempo real con socios del sector salud, social y comunitario será la norma. En una gobernanza en red, la evaluación del desempeño y de los impactos a los objetivos de la red serán los que induzcan los cambios en la estructura y modelo de gestión de los hospitales, por lo tanto, en el cómo los establecimientos se adaptan a las necesidades de personas y comunidades ([Tabla 5](#)).

Tabla 5. Tendencias del hospital en red para atención centrada en las personas y sus comunidades

Los hospitales hoy	Los hospitales para ACP-C
<p>Trabajan aisladamente, de modo desintegrado al interior del establecimiento (procesos estancos) y con el contexto ambulatorio.</p> <p>Hay débil gobernanza en red.</p> <p>Privilegian las actividades relacionadas con la internación.</p>	<p>Son componentes de redes integradas de servicios de salud que apoyan la capacidad resolutive del primer nivel de atención. Existen estructuras de gobierno de la red responsables de articular las carteras de servicios y asegurar la continuidad de la atención.</p> <p>El hospital y sus trabajadora/es conocen las necesidades de las personas y comunidades y los lineamientos de la red. Sobre la base de ello, participan en la definición de sus metas de producción y conocen sus metas de calidad en procesos y resultados. El establecimiento cuenta con los recursos humanos y materiales para dicha producción en términos de calidad concertada. Privilegian realizar actividades y procedimientos de modo ambulatorio, evitando así hospitalizaciones innecesarias.</p>
<p>Organizan sus procesos en torno a la comodidad de sus funcionarios, particularmente de las y los especialistas quienes ejercen el poder. Hay fuerte tendencia a capturar procesos hospitalarios con base en intereses internos.</p>	<p>Organizan sus actividades —procesos— teniendo como eje medular a las personas y comunidades usuarias.</p> <p>El establecimiento ajusta permanentemente su estructura, recursos y modelo de gestión al objeto de orientar su quehacer hacia resolver las necesidades de personas comunidades (centrado en las personas) y de cumplir metas pactadas.</p>
<p>Presentan altos índices de eventos adversos y de accidentabilidad de sus trabajadora/es.</p>	<p>Son seguros para sus usuarios y trabajadores y son amigables con el medioambiente.</p>
<p>Las y los trabajadores hospitalarios tienen elevados problemas de salud física y mental. El contexto es de tensión y de sobrecarga y hay insuficientes factores protectores.</p>	<p>Se preocupan de la salud, el bienestar y el desarrollo de competencias de sus trabajadora/es. Se comprende, por parte de la gerencia y de las y los trabajadores, que el clima organizacional y calidad de vida en el trabajo es esencial para posibilitar los cambios.</p>
<p>Se tiende a incluir tecnologías sanitarias por presión de la industria y sin evaluaciones de costo efectividad previa.</p>	<p>Utilizan solo tecnología costo efectiva y se basan en la medicina basada en evidencia para modificar y perfeccionar sus prácticas clínicas.</p>

Las tecnologías se privilegian para la actividad clínica intrahospitalaria.	También se desarrollan e incorporan tecnologías que facilitan el apoyo domiciliario, a dispositivos ambulatorios y la conectividad tanto inter-establecimientos, así como con actores inter-sector y la propia comunidad.
Importantes pérdidas por mala calidad y desperdicios por uso ineficiente y redundante de los recursos.	Son eficientes en el uso de sus recursos y contienen costos para contribuir a la equidad. Las experiencias de error y riesgo son valoradas y el aprendizaje del yerro se reconoce y valora. Una mirada punitiva solo logra que se oculte lo que debe estar visible y ser fuente de mejora.
Gestión opaca de los recursos y falta de evaluación de los resultados e impactos.	Incorporan la evaluación y la rendición de cuentas como parte de un ciclo de mejora continua. El hospital se somete periódicamente a procesos de evaluación externa para evaluar el cumplimiento de estándares y normas de producción, eficiencia y calidad. Sus resultados son conocidos por trabajadora/es y usuaria/os. Los éxitos se celebran.
El hospital piensa que es el responsable de la red y tiende a dirigirla desde sus paradigmas.	Protocolos y guías clínicas son co-construcciones participativas entre distintos actores de la red. Los sistemas de información se construyen desde el nivel ambulatorio. Los sistemas de referencia y retorno se diseñan, evalúan y mejoran en red.
El hospital tiene un modelo de gestión vertical y autoritario.	Se horizontaliza la toma de decisiones y se generan mejores «contratos» entre los equipos clínicos y la red. La gestión clínica involucra y compromete a todos. El establecimiento tiene competencias para planificar, implementar y evaluar estratégicamente objetivos y metas; competencias para ejercer liderazgo participativo en todos sus niveles; para gestionar el talento de su personal, y para promover la participación activa de sus trabajadoras/es y usuarias/os en la mejora continua. Se promueve la escucha, las instancias participativas para el diálogo y la discusión sobre casos-problema y la búsqueda colectiva de soluciones, así como el liderazgo participativo y la conducción colegiada de procesos integrados. Se promueve la participación de las usuarias/os e instancias de concertación y participación de personal interno, y de diálogo entre usuarias/os y trabajadoras/es.

El hospital se organiza con base en las especialidades.	Se organiza por procesos principales según las necesidades integrales de las usuarias/os (objetivos sanitarios —el «qué hacer» o encargo de la red—). Hay creciente balance entre especialistas y generalistas de modo que se asegura relación personalizada y sin quiebres en el cuidado.
El hospital se financia de modo histórico.	El hospital se financia con una mezcla de mecanismos de pago que reconocen sus costos fijos, su complejidad, su productividad y que premian su desempeño y sus aportes a la red.
El hospital tiene escasa profesionalización de su gerencia. Hay captura externa (clientelismo político) e interna (intereses corporativos).	El hospital tiene una gerencia profesional y estable implicada en la conducción del cambio permanente. Se promueve el desarrollo profesional por méritos, y la gestión es compartida por todas sus trabajadoras/es, superando estancos entre el mundo clínico y de la administración logística o de soporte. Se evita el clientelismo político en las contrataciones y designaciones. Se promueve la profesionalización de la gerencia en salud. Se evita la captura de las prácticas por interés de mercado o de grupos de interés.
El hospital importa conocimiento con escaso análisis de pertinencia y costo efectividad. Convenios docente asistenciales basados en relaciones transaccionales. Captura de las prácticas por requerimientos e intereses de instituciones formadoras.	Gestión del conocimiento interdisciplinar como parte de los objetivos estratégicos y de responsabilidad social de la institución. Convenios docentes alineados estratégicamente. Generación de espacios de aprendizaje y mejora continua de las prácticas.

Fuente: elaboración propia.

La complejidad del hospital es innegable y no surge simplemente del tipo de afecciones que atiende, es producto de la cantidad de interacciones y lo estrecho de la interdependencia de distintos profesionales y funcionaria/os de la institución que deben trabajar coordinadamente para lograr el objetivo esperado. El hospital debe funcionar con base en esa cooperación permanente. Entender y valorar esa complejidad obliga

a procurar modelos interdisciplinarios que entiendan y promuevan una visión colaborativa, plural y de espacio terapéutico compartido.

Conclusiones

En lo declarativo, se ha ido constituyendo cierto consenso en que los servicios de salud deben estar integrados y centrados en las personas y sus comunidades. Las personas y sus comunidades reciben servicios —con su participación activa— sin solución de continuidad entre la promoción de la salud y los de atención paliativa, pasando por la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de las enfermedades y rehabilitación. Todo de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él (intersector) y con arreglo a sus necesidades a lo largo de todo el curso de vida, con mirada de género, de interculturalidad, respeto a la diversidad y con pleno respeto a la autonomía y participación de las personas.

Este enfoque, implica un cambio de modelo de atención —de cómo se organizan y se estructuran los distintos elementos que intervienen en los procesos— a fin de entender y practicar una forma de generar atención y cuidados en salud que se adapta constantemente. Implica asumir conscientemente el punto de vista y la participación de las personas, las y los cuidadores, las familias y las comunidades en tanto usuaria/os protagonistas, de sistemas de salud que no están organizados en función solo de enfermedades y prestaciones, sino de resolver las necesidades integrales de la persona como sujeto de derechos.

Lograr este nuevo modelo implica no solo una nueva conceptualización de redes integradas (que supera nuevas formas de organización y colaboración con un enfoque curativo), de una potenciación efectiva del primer nivel de atención, de la constitución de espacios ambulatorios y en el propio hábitat de las personas, sino que fundamentalmente de un cambio substantivo en el papel del hospital y en la forma actual en que se ejerce el poder en salud. Cambios tan relevantes son necesariamente graduales y requieren de políticas públicas consistentes y de largo aliento.

Referencias

- Almeida, G., O. Artaza, N. Donoso, y R. Fábrega. 2018. «La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata». *Rev Panam Salud Pública* 42: 104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Engel, G. 1977. «The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine». *Science* 196: 129-36.
- Farjoan, M. 2002. «Toward an organic perspective on strategy». *Strategic Management Journal* 23: 561-94.
- Goleman, D. 2004. «¿Qué hace a un líder?» *Harvard Business Review* 82, nro. 1: 72-80.
- Goic, A. 2015. «El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente». *Rev Med Chile* 143: 774-86
- Goodstein, I., y Burke, W. 1991. «Creando un cambio de organización exitoso». *Dinámica organizacional* 4: 5-17.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. 1978. «Declaración de Alma-Ata». Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre.
- . 2016. «Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona». Asamblea Mundial de la Salud, Declaración A69/39, 15 de abril. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- . 2018. «Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible». Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2019. *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Washington: OPS. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- . 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14. Washington, D.C.: OPS. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es
- . 2010. Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS.
- . 2011. Redes integradas de servicios de salud: El Desafío de los hospitales. Santiago: OPS. https://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf
- . 2007. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C: OPS. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria Salud Americas-OPS.pdf

Aspectos que considerar en el tránsito hacia un modelo centrado en las personas y sus comunidades

Johanna Aguilera,¹ María Begoña Yarza² y Osvaldo Artaza.³

Introducción

Este capítulo se relaciona directamente con el anterior e intenta, desde distintas miradas, abordar los elementos que se requieren para transitar desde un modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo centrado en las personas y sus comunidades, ACP-C. Primero, se desarrollarán algunos conceptos de orden general sobre el cambio de paradigma involucrado en el tránsito del modelo de atención, con especial énfasis en los hospitales. Posteriormente, se expondrán elementos centrales asociados a la gestión de las personas/del talento humano para poder propiciar el cambio del modelo de atención. Por último, se expondrán elementos referentes a dominios de acción en salud vinculados al proceso de cambio para la transición hacia un modelo de atención centrado en

.....
1 Psicóloga de la Universidad de Santiago de Chile con especialidad en Terapia Sistémica. Magíster en Desarrollo y Cambio Organizacional de la Universidad de Manchester, Reino Unido. Doctora en Políticas y Gestión del Desarrollo de la Universidad de Manchester, Reino Unido.

2 Médico-Cirujano especialista en Pediatría Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra, Académica Facultad de Medicina Universidad Diego Portales, directora académica de la Sociedad Chilena de Calidad asistencial (SOCCAS).

3 Médico pediatra. Magíster en Administración en Salud. Exministro de Salud de Chile. Exdirector de hospital. Exasesor Sistemas y Servicios OPS/OMS. Profesor adjunto *ad-honorem* Instituto de Salud Pública Universidad Austral de Chile. Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas.

las personas y el rol que jugaría el factor cultural-organizacional en la materialización de la implementación del ACP-C.

Modelo tradicional de salud y perspectiva paradigmática asociada al cambio organizacional en salud

Orientar a las organizaciones de salud a que estén más centradas en las personas y sus comunidades precisa que se considere el poder que hoy ejercen los hospitales en determinar cultura y prácticas y en mantener el *status quo*. Esta realidad actual obliga a que un desafío principal para una APC-C guarde relación con la transformación de estos, desde organizaciones cerradas sobre sí mismas, basadas en lo biomédico, a organizaciones flexibles, abiertas y centradas en las necesidades, conocimientos y potencialidades de las personas y las comunidades desde una perspectiva de derecho. Es el gran cambio que nuestras organizaciones deben emprender. Es un cambio estratégico, un cambio paradigmático.

El paradigma constituye un instrumento de abstracción, una «herramienta» para el pensamiento sistemático y para la organización del razonamiento, que constituye una peculiar visión del mundo, propia del campo social científico (Almeida 1999). Este se utiliza para hablar de cualquier tipo de conocimiento humano, para referirse a las prácticas sociales de cualquier naturaleza. Se utiliza como equivalente al concepto amplio de campo disciplinar, pero también en el campo de las ciencias de la gestión (Serva 1992). Cuando cambiamos de paradigma lo que cambia es la forma con la que una determinada organización o disciplina, reorganiza, reinterpreta la realidad y el pensamiento que ha estado instalado por algún tiempo.

Este cambio de paradigma en las organizaciones de salud habitualmente se asume como si fuese un cambio más, con las herramientas y metodologías que las empresas u organizaciones utilizan para aumentar su cartera de productos o realizar determinada adaptación a algún cambio de entorno. Este proceso atraviesa a la organización

entera, es sistémico, profundo y de largo aliento, lo que no quiere decir que no sea urgente.

La transformación del modelo biomédico a uno centrado en las personas y sus comunidades ha avanzado en nuestra realidad latinoamericana desde el punto de vista declarativo. Al observar las prácticas de las organizaciones prestadoras de servicios, especialmente los hospitales, no se constata que las personas estén efectivamente en el centro de sus prácticas, procesos y políticas. El sistema sanitario actual es rígido, no está diseñado para las personas, sus cuidadoras/es y las comunidades.

En este sentido, se requiere escalar desde organizaciones capturadas por múltiples intereses (mercado, clientelismo, corporaciones) centradas en patologías, a organizaciones centradas en necesidades. Ya no es un «órgano» enfermo, sino personas con necesidades que se resuelven con otros (red), en un hábitat determinado (lógica inter-sector de territorio) y con la participación activa de la persona como sujeto de derechos.

El paradigma en que hemos estado, desde las prácticas y la cultura hospitalaria, ha sido desde la optimización de los recursos para generar prestaciones. La transformación de la relación que establecemos con las personas, sus cuidadoras/es y la comunidad que hemos llamado «cambio de modelo paradigmático» no es un momento de la organización, es un proceso. Cambiar requiere de varios elementos, entre ellos, la voluntad de los equipos de trabajo, sus líderes y de un contexto institucional político, social y cultural y de gobernanza favorecedor.

En los cambios estratégicos se produce una redefinición del negocio que puede aparejar cambios en la estructura de poder, en los elementos culturales, en la estructura organizativa y en los miembros de la organización (Goodstein y Burke 1991). Los procesos de cambios exitosos se basan en la capacidad de adaptación de las organizaciones a las diferentes y continuas transformaciones de la sociedad, la tecnología; pero sobre todo los cambios ocurridos en las personas. Las personas se sienten en condiciones de evaluar y juzgar los servicios y en el caso de salud no aceptan esta «supuesta» asimetría de información. En los países con ingresos medios y altos los niveles de formación han aumentado por igual que el acceso a información y tecnologías, ambas situaciones

fortalecen la idea de sentirse más seguros de participar en las decisiones de salud. El ejercicio individual y colectivo de tomar decisiones por parte de la población es la adaptación más relevante de las organizaciones de salud. Este proceso es complejo, es largo y requiere de paradigmas organizacionales distintos, que solo pueden implementarse desde el aprendizaje continuo.

Las políticas públicas deben promover modelos menos aislados que superen las fronteras de los establecimientos, incluso de los sectores, permitiendo con la población, en los territorios, el trabajo en equipo con la atención primaria de salud, APS, y con los equipos sociales. La comprensión de red integrada que ofrece una oferta de prestaciones médicas es insuficiente. La red integrada no es la diagramación de flujos de atención que las personas deben cumplir y van utilizando diversos puntos de la «red», siendo la propia persona la que integra las atenciones. Solo se constituye la red cuando los distintos dispositivos generan un plan común e incorporan actores intersectoriales, servicios sociales y a organizaciones de la comunidad a esta red. Debemos pasar de la coordinación de la prestación, o de la interconsulta, a la realización de planes comunes entre las estrategias de salud integrales e integradas, con las estrategias sociales y la participación comunitaria. El proceso de cambio estratégico formal se fundamenta en la alineación de la organización con su entorno y en la capacidad directiva para generar de manera controlada y consciente el cambio de estrategia. Es así como la perspectiva formal enfatiza las dimensiones organización-entorno y la estratégica (decisión directiva) del cambio. Esta perspectiva supone que la alta dirección es capaz de planificar de forma racional y analítica el proceso de cambio. Esta forma clásica, aún vigente, ofrece una visión reduccionista del cambio. Los procesos estratégicos ya no pueden tener una visión mecanicista lineal, direccionada a un ámbito, diferenciando las áreas de análisis y de intervención, sino que deben desarrollarse desde una perspectiva biológica. Las estrategias basadas en perspectivas biológicas expresan una nueva visión integradora que es capaz de reconocer altos niveles de interacción dialéctica, de los diversos ámbitos a tomar en cuenta, en el análisis e implementación estratégica y en la continuidad de este proceso (Farjoan 2002).

En los cambios estratégicos se requiere tiempo y, durante el proceso, se deben evaluar resultados parciales o de proyectos sinérgicos. Se requiere celebrar logros, aprender de las mejores prácticas y de los errores para seguir adelante. Es así como el propósito del cambio de paradigma y de los proyectos que se desarrollan para contribuir a este cambio no está centrado solo en ser más eficaz y eficiente desde la oferta de prestaciones, porque lo anterior, siendo necesario, no es suficiente en un cambio de esta envergadura. Los cambios en la relación con las personas, en la relación con el resto del sistema y con la comunidad requieren de agregación de valor para las personas (Porter 1996).

El propósito del cambio de Modelo

El cambio del modelo implica mejorar la satisfacción de las personas de forma significativa, potenciar la participación de personas y sus comunidades en la salud, agregar valor a las acciones de salud y finalmente desarrollar más y mejor ciudadanía. En este propósito resulta fundamental considerar los estilos de liderazgo, el gobierno para el cambio, el rol del espacio público y, en definitiva, en qué medida las organizaciones de salud se hacen cargo de la transición hacia el ACP-C. A continuación, se describe la participación que tendrían estos elementos en el modelo.

Estilos de liderazgo

Es conocido que el liderazgo en las organizaciones públicas tiene algunas peculiaridades que guardan relación con las ambigüedades en las metas organizacionales, el entorno político de estas, e incluso las ambigüedades en el rol del gerente público. A pesar de aquello es «virtualmente imposible lograr adecuados climas organizacionales con líderes inadecuados o negativos y, a partir de ese punto, la efectividad organizacional se desploma» (Waissbluth 2012).

Es imprescindible que los liderazgos en las organizaciones de salud tengan no solo habilidades técnicas y analíticas. Lo que realmente hará

la diferencia será su inteligencia emocional, su empatía, motivación, autoconciencia y capacidad de generar espacios de aprendizaje, elementos que estando presentes en el líder, están íntimamente relacionados con sus resultados (Goleman 2004). En las organizaciones con niveles de madurez no totalmente desarrollados, la influencia de los líderes es aún más importante.

En la gestión del cambio paradigmático se requiere de un estilo de liderazgo transformacional, con sentido. Dado que el cambio es en el «ser» de la organización, se requiere que el líder logre inspirar e involucrar a los equipos en la construcción de un sueño alcanzable. La forma de lograr esto es generando las preguntas adecuadas y escuchando a los miembros de la organización para, con ello, promover la amplia participación de miembros de la organización y de la comunidad en las ideas y en las decisiones que la organización va tomando para lograr los objetivos trazados.

En complementación con el cambio del estilo de liderazgo, las condiciones necesarias para los cambios organizacionales se dan en el contexto de la gestión participativa. Esta, como ya se ha dicho, requiere del desarrollo de trabajo en equipo y de la comprensión de las dinámicas de los grupos humanos; se basa en líderes que han desarrollado competencias y habilidades en estos ámbitos. La participación al interior de la organización se da en forma estructurada en equipos y consejos técnicos, reuniones de unidades funcionales, comités temáticos, grupos de tarea, jornadas y seminarios de información y consulta, cuenta pública, consejos, etc.

La resistencia al cambio es una reacción humana normal que se debe tener en cuenta siempre que se viven momentos de incertidumbre. Los tiempos en que los cambios eran impuestos verticalmente por las autoridades ya pasaron; la experiencia señala que basta que se retire la fuerza que impuso los cambios para que vuelvan «las viejas conductas».

Los líderes, al hacerse cargo de la resistencia, deben ocuparse de las emociones subyacentes y generar un contexto relacional para trabajar la incertidumbre y la desconfianza. Sobre la base de la participación, la veracidad y contextos de confianza se pueden volver a instalar ambientes para el aprendizaje y para creer en los desafíos, ya que las personas

son capaces de hacer grandes cosas cuando piensan en grandes cosas, es decir, «somos lo que pensamos que somos». La clave para desencadenar el proceso estará en cuán exitosos sean en convocar al compromiso con un pensamiento «común» de un nuevo y mejor equipo de salud, desde lo pequeño, lo local. Los estilos autoritarios y verticales de liderazgo, así como también los estilos tipo *laissez faire* que confunden participación con cogobierno, causan daño a las organizaciones, sea por falta de escucha y de restricción a espacios de innovación y autonomía de las y los trabajadores, sea por ambigüedad o falta de conducción. Por lo anterior, todos quienes tienen responsabilidades en los establecimientos de salud deben estar abiertos a mejorar y aprender en los ámbitos de la gestión, del liderazgo y del trabajo en equipo.

Gobierno para el cambio

Las organizaciones de salud y especialmente los hospitales, que transitan hacia una organización centrada en las personas y la comunidad con perspectiva de derecho, requieren hacer cambios en su manera de gobernarse (lo que será tratado en extenso en el capítulo de gobernanza). Lograr que las instituciones de salud transiten hacia un paradigma sistémico de gobierno requiere que se atiendan dimensiones instrumentales, espaciales y valóricas. La dimensión instrumental consiste en la construcción de incentivos institucionales compartidos —«ponerse de acuerdo para trabajar juntos»— para una gestión integradora (objetivos, indicadores y evaluaciones conjuntas) y deliberativa al interior de la organización, y entre este, el resto de los sectores gubernamentales que tienen injerencia en los resultados de salud (incluidos, naturalmente, los financieros) en especial los servicios sociales y los actores comunitarios. La dimensión espacial es el lugar donde ocurren estas conversaciones, comunidades en un territorio determinado, el espacio o locus, donde los actores generan significados compartidos. Finalmente, la dimensión valórica de las organizaciones, que se expresa en los instrumentos de gestión, en los incentivos, en sus políticas, influyendo en el modelamiento cultural y de las prácticas cotidianas. Es en esto

último donde es esencial contar con liderazgos que sean testimonios «encarnados» de aquellos valores que caractericen a una organización que desarrolla un modelo centrado en las personas y sus comunidades con perspectiva de derecho (Cunnil 2010).

Espacio Público

Se constituye en un requerimiento del modelo, la construcción de un espacio público donde se desarrolle el proceso de participación y de exigibilidad del cumplimiento del nuevo modelo centrado en las personas y la comunidad. Es así como las instituciones de salud, más que un lugar donde se proveen prestaciones, es un lugar de encuentro en donde comunidades que comparten un territorio y características culturales buscan dar respuestas —en conjunto— a las problemáticas de salud de la población.

En el caso puntual de considerar al hospital como un espacio público, esta declaración le genera sentido de pertenencia a usuarias/os y funcionarias/os, balanceando el desequilibrio sobre el cual se ha dado la relación equipo de salud-*paciente*, que históricamente ha sido vertical, paternalista y asistencialista, con poco valor a la autonomía y autodeterminación de las personas y comunidades. El usuario y la comunidad a la cual pertenece, al asumir el espacio como propio, lo moviliza a la participación y responsabilidad de dicho espacio, y le confiere de esta manera pertinencia e identidad, democratizándolo y horizontalizando el espacio de encuentro donde se lleva a cabo la atención de salud.

Organizaciones que se hacen cargo del cambio de modelo

Desde la mirada de la organización, para llevar a cabo el cambio de modelo, tanto los miembros de esta como sus líderes deben hacerse responsables. Las personas que pertenecen a ese territorio, a esa comunidad, deben tener instrumentos para hacer exigibles los compromisos que esta organización contrajo.

Esto solo es posible si existe transparencia en las decisiones, en todos los ámbitos de la gestión: en los recursos a utilizar, en los resultados, en las personas a contratar; pero también en las decisiones sanitarias referentes a los problemas de salud que se incorporan a las carteras de resolución, los medicamentos que se compran o que se incorporan al arsenal farmacológico de la red, la oportunidad de la atención, los criterios de priorización, etc. Las personas y las comunidades deben tener acceso a la información, debe existir el espacio público de participación y deliberación y finalmente los instrumentos para exigir el cumplimiento del modelo.

La institución debe proveer de procedimientos y reglas administrativas que permitan hacer exigibles derechos, en particular la calidad y oportunidad de las atenciones. La institucionalidad debe permitir que las personas vayan ampliando el horizonte de derechos.

La participación

Este principio es clave en las organizaciones que tienen como centro a las personas y requieren por tanto un método que permita identificar las necesidades, potencialidades y las prioridades de las estrategias a desarrollar (Abramovich 2006). La participación de las personas y comunidades es una estrategia que cambia las formas de relación de la institucionalidad tanto con las personas usuarias, como con las y los trabajadores del sector.

Esta estrategia puede ir desde la participación de carácter consultivo sobre una temática determinada o en la incorporación de la comunidad como gestores de iniciativas o proyectos de cuidados y, por último, en la participación como habilitación y empoderamiento de la ciudadanía organizada. Es esta última forma de participación la que el modelo requiere para su implementación y continuidad. La comunidad adquiere destrezas y capacidades, fortalece sus propios espacios y organizaciones. A la vez logra proponer sus prioridades al hospital, influye en la toma de decisiones e incrementa su capacidad de negociación e interacción con el hospital y con otras instituciones del Estado.

Hoy, en la realidad hospitalaria latinoamericana, se está en niveles de desarrollo no homogéneos, y aún coexisten experiencias de participación institucionalizada de tipo utilitario, vinculada a los lineamientos y necesidades de los establecimientos de salud más que a la priorización o detección de demandas comunitarias que pudiesen modelar la acción de los equipos de salud. Esta forma de participación pasiva y tutelada actúa como mediador o mero traductor de las políticas de la institución con las personas usuarias. La creación de espacios de encuentro democráticos y efectivos con la comunidad, con las agrupaciones de pacientes, con las organizaciones sociales del territorio, agrupaciones de jóvenes, de adultos mayores que organicen, propongan y desarrollen en conjunto con el hospital estrategias de salud pertinentes a las condiciones sociales, culturales del territorio.

Es así que se hace necesario la creación de instrumentos que avancen en niveles de participación crecientes en un marco de gobernanza sistémica, a través de la generación de un espacio público democrático con liderazgos transformacionales, con el propósito claro de poner al centro de las prácticas en salud a las personas y sus comunidades. Las necesidades de personas y comunidades son dinámicas y nos obligan constantemente a revisar nuestras prácticas, generar nuevas competencias que faciliten y promuevan el trabajo en red y a desarrollar un contexto organizacional que apoye el cambio y la mejora continua. Los procesos de transformación deben poner especial atención a las y los trabajadores de la salud, de modo que se reconozca su singularidad y la pertinencia de sus aspiraciones de autorrealización, con especial atención a aspectos de género y de la diversidad de culturas y generaciones.

El rediseño de las políticas de formación, capacitación, distribución, remuneración e incentivos, deben estar alineados con los requerimientos de las redes y específicamente con el aumento de la capacidad resolutive en los servicios ambulatorios. El objetivo en el ámbito del talento humano para la salud es contar con trabajadora/es de la salud, suficientes, competentes, comprometidos y orgullosos de su quehacer como parte de las RISS, que tienen claridad sobre las necesidades de personas y comunidades y de las herramientas que se requieren para resolverlas. Para lograrlo, es necesario tomar en consideración las características

especiales de las trabajadoras/es de salud, sus necesidades de formación, desarrollo, remuneraciones e incentivos, en contextos organizacionales saludables y promotores del aprendizaje, la mejora continua y de la labor interdisciplinar. Junto a lo anterior, constantemente habrá que estar repensando y ajustando las prácticas a la luz de las necesidades de personas y comunidades.

Gestión de las personas o del talento humano para construir ACP-C

Un desafío esencial para ACP-C guarda relación con los cambios que permitan avanzar hacia equipos interdisciplinarios en salud, EIDS, donde se superen los estancos de los roles profesionales estáticos. EIDS, con competencias y recursos para compartir la responsabilidad del cuidar y el curar con las propias personas y comunidades. Donde los papeles o roles de cada miembro del equipo tiendan a ser más flexibles; más balanceada la necesidad de especialización con la necesidad de contar con profesionales y técnicos generalistas; mayores las capacidades para la cooperación y para mantener un equilibrio entre experticia y mirada sistémica e integrativa en los cuidados de personas y comunidades usuarias. La implementación exitosa de EIDS requiere de problematizar y resolver cuestiones relacionadas con la identidad, del poder, estatus y roles que tradicionalmente tienen las profesiones de la salud y de cómo ellas pueden adaptarse dinámica y flexiblemente a los requerimientos organizacionales para responder de manera efectiva a las necesidades de salud de las personas y sus comunidades.

En las cuestiones anteriores juegan construcciones sociales relacionadas con prestigio, género y poder que son relevantes de comprender y gestionar, junto a otros aspectos esenciales como liderazgo, capacidades asociativas y de aprendizaje, al objeto de constituir equipos que se adecuan y responden con altos desempeños. Por lo anterior, la definición y reglamentación de perfiles, competencias y responsabilidades profesionales debe irse alineando a mejorar la capacidad de los EIDS ante las necesidades de salud de personas y comunidades, comprendiendo que

ello requiere de la generación de espacios de diálogo que contribuyan a superar resistencias y el *status quo*.

Dado a que las personas usuarias de los sistemas de salud comienzan a tener una mayor y creciente información sobre los problemas y soluciones en el ámbito de la salud tanto personal como comunitaria y una mayor conciencia sobre sus derechos sociales, exigirán de manera creciente ejercer su autonomía, ser protagonistas sobre lo que sucede sobre su propio cuerpo y sobre las acciones colectivas. Los EIDS compuestos por profesionales y técnicos basando sus vínculos en la confianza y el respeto, requieren de nuevas y distintas competencias para hacer equipos, vincularse con personas, con comunidades y actuar intersectorialmente, reconociendo diversos entornos, articulando múltiples miradas y disciplinas, utilizando flexiblemente tecnologías de la información y de la comunicación. Así como de capacidades para irse constituyendo gradualmente en una suerte de asesor experto de las decisiones que toman las propias personas y comunidades sobre aspectos relacionados con la salud; y en un consejero y acompañante en las decisiones y conductas que pasará a liderar e implementar la propia comunidad y el propio sujeto sobre sí mismo. La asesoría y apoyo que presta el equipo de salud deberá ser cada vez más compasiva, empática y horizontal con personas y comunidades y tender de modo creciente a entregar responsabilidad y poder a estos.

Todo lo anterior, no solo requiere de una formación distinta de las y los trabajadores de la salud, cuestión que será tratada en un capítulo específico, sino que —en simultáneo— de cambios en el mercado laboral y en las condiciones organizacionales para la modificación permanente de las prácticas a través del aprendizaje. Los cambios en el ámbito de la cultura y las prácticas de las y los trabajadores de la salud suceden por aprendizaje. Estos guardan relación con los paradigmas subyacentes en la formación, la gestión del talento humano y el modo de comprender y vivir las prácticas cotidianas en salud. Las políticas que promueven contar con personal suficiente, motivado, comprometido y competente (OPS 2015; OMS 2016), deben co-construirse con las propias trabajadoras/es de la salud. Las nuevas competencias y prácticas orientadas a la ACP-C requieren de capacidad de modificar la cultura y las prácticas,

desde escuchar las necesidades de personas y comunidades al objeto de responder integral y efectivamente a ellas. Esa capacidad de acompañarse con el otro solo puede lograrse en contextos organizacionales propicios para el diálogo y el aprendizaje, en un clima de respeto, de confianza y de fraternidad propicio para la innovación y el progreso.

La construcción de una agenda regional pos-2015 de cara al 2030 (OPS 2015) requiere marcar una ruptura con el concepto tradicional de «recurso», y proponer en cambio el término de «personas para la salud» que reconoce una noción de potencialidad para actuar, y de intencionalidad en la acción. La expresión «personas para la salud» comunica la idea de capacidad para innovar, aprender y transformar la realidad, así como reconoce la autonomía relativa del personal de salud en el proceso de trabajo. Personas para la salud parece un concepto más apropiado para un nuevo modelo de gobernanza y de gestión del cambio. Son personas —no recursos— las que trabajan, son personas —no pacientes— quienes, junto a los primeros, son sujetos activos de los procesos en salud.

Por lo tanto, para la conducción de procesos de cambio donde los servicios de atención se puedan centrar efectivamente en personas y en comunidades, hay que comprender a quien presta los servicios en toda su complejidad, no como mero «recurso», desde sus propias inquietudes y prácticas en el cotidiano quehacer. En tal sentido es vital enfatizar la dimensión humana del trabajo en salud (Ansoleaga *et al.* 2012).

Para gestionar el cambio se implican influencias de condicionantes internos y externos, valores, personas, cultura y competencias de liderazgo; se enfrenta resistencia y obstáculos. Ante tal complejidad, nuevas realidades (que hacen «sentido» compartido); se deben co-construir a través de un proceso permanente de escucha y reflexión; de liderazgos inclusivos; y de competencias para «aprender a cambiar o aprender a aprender» (OPS 2011).

Los cambios sostenibles se logran cuando las personas transforman sus prácticas, y eso se consigue solo cuando estas han estado dispuestas a modificar sus conductas por propia voluntad. La conducta se puede modificar por temor o coerción lo que solo permanece mientras ello se mantiene; o se puede modificar porque la persona le hace sentido el

cambio y ha reconocido liderazgo a otra por sus méritos, competencias, habilidades o calidad humana, y está disponible a modificar su propia conducta, dado que el líder y la organización han generado las condiciones que le provocan una necesidad interior de hacerlo, modificación que permanecerá indistintamente, esté o no el líder presente.

El apelar a la motivación de las personas y por tanto a que estas estén disponibles a buscar objetivos comunes, modificando conductas si fuera necesario, requiere de un particular estilo de gestión y liderazgo, denominado gestión participativa. Este estilo viene a romper con el antiguo paradigma de comando y control o modo autoritario de ejercer el liderazgo. El modelo piramidal o jerárquico autoritario, parte del paradigma en que únicamente unos pocos saben lo que hay que hacer y al resto solo le cabe obedecer. En dicho modelo, los «mandados» solo cumplen con lo señalado mientras el supervisor está presente.

Actualmente, en los establecimientos de salud el conocimiento está repartido en muchos, y la necesidad de autonomía es gravitante en la toma de decisiones. Por otra parte, la mejoría continua de los procesos requiere de personas motivadas y comprometidas, dispuestas a contribuir con su inteligencia y conocimiento al perfeccionamiento de los procesos en los que está involucrada. Así mismo, hoy las personas comprenden a su trabajo como un medio para sus propios desarrollos personales. Por tanto, hoy los líderes tienden a ser más facilitadores que «jefes» en el sentido clásico.

Para la generación de contextos relacionales propicios al cambio es clave la transparencia, la participación, respetar los tiempos de personas y grupos (el proceso debe ser más pausado en la medida que el cambio genere mayor perturbación en los hábitos de las personas), facilitar el cambio por medio de capacitación estratégicamente intencionada, que permita desaprender antiguos hábitos y adquirir nuevos y manejar adecuadamente hitos secuenciados, de forma que la gradualidad permita mostrar y celebrar avances. Para un cambio efectivo, es vital que los equipos directivos sean estables y que estos comprendan a los gremios, sindicatos y sus dirigentes como socios en una tarea común. La actividad gremial y sindical puede llegar a combinar en forma equilibrada los intereses propios de la relación laboral entre empleador y

trabajadoras/es, además de ser un canal de opinión constructivo respecto del quehacer institucional. Construir ese tipo de vinculación es esencial, aunque no exenta de dificultades, requiriendo respeto y claridad de los roles de cada uno; de un trato veraz, transparente y honesto entre partes que pueden tener diversos y legítimos intereses; de espacios formales de diálogo; de resolución racional y propositiva de las situaciones de conflicto.

Una política de gestión de las personas se debe construir y perfeccionar basada en el respeto, la comprensión del otro como un «legítimo otro» en su dignidad, en su capacidad de crear e innovar de manera ilimitada, en encontrar «sentido», entendiéndose este concepto en su doble acepción: la de dirección y la de propósito. Y esto, en un clima de convivir con entusiasmo, alegría y aceptación, en su capacidad de equivocarse, aprender y volver a empezar; en la construcción de un sano equilibrio entre la vida relacional fuera y dentro de la organización (la tarea, el equipo, los proyectos compartidos) para el servir con excelencia y una vida plena, más allá de los mínimos exigidos.

Los cambios en salud y su influencia en las y los trabajadores

Los procesos de cambio en los establecimientos de salud no pueden desarrollarse sin comprender y modular los condicionantes externos. En muchos países, las señales del entorno han estado fuertemente influenciadas por una perspectiva de corte neoliberal, que han impulsado principios y herramientas de organización y gestión de corte empresarial —«una nueva gestión pública»— que conviven con principios organizacionales de tipo estatal-burocrático de comando y control, que tradicionalmente han caracterizado a las instituciones públicas (Blanch y Cantera 2012; Homedes y Ugalde 2005). Dicho discurso de «una gestión moderna» entra muchas veces en conflicto con una cultura fuertemente anclada en modelos jerárquicos y normativos muy ligados a paradigmas asistencialistas, propios de la «beneficencia» o espíritu de «caridad» con que se fundan los establecimientos de salud en la región.

Las trabajadoras/es de la salud viven los cambios con perplejidad y desconcierto al no hacerles «sentido» los cambios. Las reformas se perciben como amenazantes de un pasado nostálgico donde había «mayor reconocimiento, reglas más claras y estables, mejor relación equipo de salud-paciente, cargas más equilibradas de trabajo, relaciones más «familiares» en los equipos, entre otras». Dicho desconcierto se expresa de múltiples formas (ausentismo, violencia y acoso laboral, sintomatología física y psicológica, y una emocionalidad cargada de resentimiento y frustración) ante un usuario cada vez más exigente, junto a exigencias permanentes por modificaciones en las prácticas cotidianas (por la introducción cada vez más veloz de tecnologías y modificaciones de procesos) y exigencias constantes de productividad (Ansoleaga *et al.* 2012).

Al no hacer pleno *sentido* estos cambios, son interpretados en pugna con los «valores» y hábitos tradicionales, generando *mal-estar* en las y los trabajadores. No hay que olvidar que la mayoría de quienes trabajan en salud son mujeres y que, junto a las reformas del sector en cuanto a sus estructuras organizativas, en las últimas décadas hemos asistido a profundos cambios sociales, entre ellos el cuestionamiento de lo socialmente contextualizado como lo *femenino* y lo *masculino*, el cambio en el papel de la mujer en el trabajo y en las diversas expresiones de familia, el crecimiento de la jefatura de hogar femenina y los hogares monoparentales. Junto a lo anterior, han sucedido fuertes cambios en el estatus social y económico de algunas profesiones de la salud, particularmente en la de los médicos y enfermeras, llegando los primeros a decir que hay una suerte de «proletarización» de la profesión médica, refiriendo pérdidas de estatus, de poder y autonomía. Lo anterior se suma a un aumento sostenido de la participación de la mujer en la función médica que sin duda repercutirá en modificaciones aún no suficientemente evaluadas en las prácticas y creencias. En paralelo los cambios sociales y culturales respecto al papel de la mujer en el trabajo y los requerimientos gerenciales y tecnológicos por mayor productividad y eficiencia, se han traducido en un replanteamiento del rol de las demás profesiones de la salud, lo que genera presiones de mayor horizontalidad y autonomía profesional del conjunto de actores en el equipo de salud, que tensionan por una deconstrucción de antiguos paradigmas y pugnan

por la instalación de otros nuevos, lo que está en pleno proceso con los conflictos propios de todo quiebre performativo.

Las reformas generan transformaciones organizacionales y mucha de ellas afectan la identidad y autonomía de las diversas profesiones de la salud; la experiencia de desconcierto, inquietud y añoranza en muchos profesionales ante los cambios en la relación inter profesional y del equipo con el usuario paciente (Bascañán 2005), producto de los nuevos roles, protocolos de atención y del actual perfil de usuario más informado y más demandante de sus derechos impactan sobre la calidad de vida laboral (García Huidobro *et al.* 2008) y sobre la asociatividad al interior de los establecimientos. Todas estas cuestiones deben ser comprendidas, problematizadas y puestas en común a la hora de implementar procesos de cambio, que en vez de percibirse como amenazantes, puedan ser vividos como oportunidades, que resignifiquen el sentido y posibiliten el pleno florecimiento de todo el potencial de lo humano, en cada una de las y los trabajadores de la salud.

Dominios de acción en salud a considerar en la transición hacia el ACP-C y papel de la cultura en la implementación del cambio organizacional

Dominios de acción y caracterización general del proceso de cambio

Considerando un contexto global, la Organización Mundial de la Salud, OMS, indica que el principal desafío al que se enfrentan los sistemas de salud es la necesidad de cambiar el foco tradicionalmente centrado en las enfermedades, dominio de profesionales médicos y el componente tecnológico, lo que implicaría cambios que abarcan cuatro dominios de acción y que corresponderían a elementos del sistema de salud involucrados en términos de impulsar y sostener un cambio de paradigma: individuos, familias y comunidades; funcionarios de la salud; organizaciones de salud, y sistemas de salud (OMS 2007).

La interrelación de estos cuatro dominios requiere llevar a cabo modificaciones que se refuercen mutuamente en todas las partes del sistema de salud para que ocurra una transformación real (OMS 2007). Las principales características de cada dominio se muestran en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Dominios de acción involucrada en el cambio de modelo de atención

Dominio de acción	Caracterización
Individuos, familias y comunidades	La ACP-C requiere de una firme alianza entre personas, sus comunidades y los equipos de salud. Para lograr esto, se necesitan acciones para apoyar que individuos, familias y comunidades permanezcan más informadas y empoderadas, y que puedan participar activamente en el ámbito de la salud.
Trabajadores de la salud	La labor de trabajadores de la salud está sujeta a prestar atención que responde a las necesidades, preferencias y expectativas de las personas que acceden a los servicios y de las comunidades en un territorio. La intervención más efectiva y apropiada en este dominio es poder desarrollar una adecuada formación y entrenamiento de los/las trabajadores de la salud en nuevas herramientas (más allá de las técnicas curativas específicas) que posibiliten competencias para un trabajo comunitario, interdisciplinar e integrativo.
Organizaciones de salud	La forma en que se estructura organiza y administra la prestación de servicios de salud puede proporcionar incentivos para la entrega de una ACP-C, así como también abordar la fragmentación del sistema. Las intervenciones efectivas a nivel organizacional se relacionan específicamente con el entorno físico; coordinación de servicios y continuidad de la atención; colaboración multidisciplinaria y alianzas; educación de la persona que recibe atención y asesoramiento; modelos de cuidado; incentivos para brindar servicios de salud seguros, de calidad y éticos; tecnologías sanitarias apropiadas; y capacidad de liderazgo.

Sistemas de salud	En este nivel de funcionamiento se ha observado que las políticas relacionadas con la organización, la prestación y el financiamiento de la atención de salud no han sido óptimas, por lo que resulta imprescindible involucrar a las partes interesadas no solo en el sector de la salud, sino también en otros sectores cuyo trabajo afecta los resultados y condiciones de salud.
-------------------	--

Fuente: elaboración propia.

A la hora de efectuar procesos de cambio, se hace fundamental considerar que, por una parte, la labor de transformación en una organización involucra estructuras, procesos y personas (Goes 2011). Conjuntamente, hay que contemplar que, en la mayoría de las situaciones, la efectividad del cambio va a estar en dependencia de la visión conceptual o teórica que se utilice en términos de soporte referencial (Grol y Wensing 2013). En el escenario de la salud, el cambio organizacional es considerado como uno de los objetivos más complejos de lograr, pues inevitablemente implica la comprensión y análisis de una combinación de aspectos humanos, sociales, culturales, políticos, económicos y técnicos que deben ser abordados de manera conjunta y sistemática (Parkin 2009).

Para que cualquier estrategia de cambio sea exitosa, se debe tener presente la misión que se espera lograr, los recursos con los que se podría contar y el contexto o escenario en el que se está llevando a cabo el proceso de cambio (Goodwin 2017). De esta forma, para aquellos agentes responsables de desarrollar e implementar programas de cambio organizacional, es particularmente importante que puedan expresar enfoques y expectativas de manera explícita y presentar una visión detallada sobre el cambio que se desea alcanzar respecto al modelo de atención de interés (Grol y Wensing 2013). En este sentido, y con la finalidad de hacer mejoras o transformaciones exitosas, las propuestas deben ser concretas y deben contener claramente qué es lo que se espera obtener o explicitar la meta a la que se espera llegar (Grol *et al.* 2013b).

En términos de la planificación del cambio, uno de los primeros pasos es el desarrollo y la determinación de una propuesta y objetivos puntuales y viables para la mejora deseada en la práctica existente. Dicha

propuesta puede incluir nuevas rutinas de acción; recomendaciones guía para una atención más eficiente y eficaz; introducción de nuevas técnicas o procedimientos valiosos para la labor clínica; e información sobre la organización de los procesos de atención (Grol y Wensing 2013).

Además de tener presente los objetivos de la implementación, es esencial considerar a los/las individuos involucrados en el proceso y los roles que estos desempeñan. Conjuntamente —para lograr desarrollar un plan exitoso y factible— es importante tener una visión general o un «mapa social» de las personas y organizaciones que participan o tienen un interés en la implementación del cambio (Grol y Wensing 2013). En definitiva, hay que tener presente que ambicionar cambios implica necesariamente modificar prácticas concernientes a la atención que brinda el equipo de salud, lograr una mejor colaboración entre las distintas disciplinas y, además, propiciar cambios a nivel del comportamiento de las personas que requieren dicha atención (Grol *et al.* 2013b).

Otro aspecto crucial en lo que respecta a las iniciativas de cambio, es que las mejoras planificadas se puedan integrar a las rutinas de práctica habitual y se incorporen a los procesos organizacionales para prevenir la recaída y llegar a la etapa de «normalización». Cuando la implementación de una nueva rutina ya no es apoyada activamente por un proyecto o un equipo de mejora, la posibilidad de una recaída es alta. Para garantizar la sostenibilidad de una mejora, se necesitan medidas específicas, como, por ejemplo, recursos físicos adicionales, nuevo personal calificado, tecnologías de la información de salud de apoyo o cambios en el sistema que sean atinentes a las modificaciones que se esperan implementar. Finalmente, se requerirá del monitoreo continuo del nuevo quehacer propuesto o la capacitación regular respecto a la nueva labor instalada (Grol y Wensing 2013).

Implementación del ACP-C y rol de la cultura organizacional

De acuerdo con Horrel *et al.* (2007), la confusión conceptual y la falta de orientación —en ciertas ocasiones— tendería a obstaculizar la

implementación de nuevos modelos como aquellos que buscan brindar una atención más integrada o centrada en las personas. Como resultado, entonces, el ACP-C pocas veces lograría aplicarse de manera consistente.

Además de las dificultades observadas para la implementación, se reconoce que poner en funcionamiento el modelo ACP-C implicaría, inevitablemente, generar un impacto que involucra a la organización en su totalidad (Alharbi *et al.* 2014b). En caso de llevar a cabo un cambio organizacional, por tanto, será necesario que los servicios y roles sean rediseñados y reestructurados para que puedan ser más propicios a un modelo de funcionamiento del ACP-C (Santana *et al.* 2017).

Respecto a esto, se ha identificado una amplia variedad de factores que podrían influir en el proceso de implementación, por lo que la elección de estrategias organizacionales para ejecutar un modelo de atención dependerá en gran medida de los esfuerzos de la administración/gestión y de los/las funcionarios de la salud a cargo de brindar la atención. De esta forma, la comprensión de los factores que influyen en la implementación es de gran importancia, ya que podría mejorar el resultado del proceso de cambio y, como consecuencia, contribuir o no a que este resulte exitoso (Alharbi *et al.* 2014b).

La implementación del ACP-C puede variar según la población usuaria, los proveedores de atención y los entornos, y la forma en que los/las trabajadores y las personas entienden lo que constituye la atención en salud. Además, se presentan desafíos que involucran la forma en que se lleva a cabo la práctica de la atención: presencia de creencias erróneas respecto a que se está aplicando el ACP-C; o volver a la atención centrada en la enfermedad cuando se está funcionando bajo presión (Moore *et al.* 2017). Conjuntamente, la mayoría de los sistemas de atención de la salud se verían enfrentados al reto de desarrollar una efectiva implementación del ACP-C en consideración de lograr otorgar una atención continua dentro del sistema (Santana *et al.* 2017). En este sentido, la manera en que se traduce este modelo de atención continúa siendo un gran desafío, por lo que el enfoque centrado en las personas debe considerarse en el contexto más amplio posible en términos de visualizar todos los elementos del sistema (y extrasistema) que podrían verse involucrados (Moore *et al.* 2017).

Para avanzar hacia ACP-C, se requieren cambios en la entrega del servicio tanto a nivel individual como organizacional. En términos del segundo nivel, se ha sugerido que las entidades deben estar menos enfocadas en el estilo de liderazgo de comando y control propiamente tal, y estar más centradas en la gobernanza compartida. En este contexto, se espera que los líderes de la organización identifiquen la tonalidad del ambiente cultural de la organización y, dentro de esto, tener presente el comportamiento de las personas que participan en el proceso de cambio (Morgan y Yoder 2012).

Cabe señalar que un proceso de implementación de cambios, que implica pasar desde la perspectiva de un *paciente pasivo* a una donde la *persona* cumple un *rol activo* en los cuidados de su salud —donde es considerada como una persona competente y responsable—, es una labor particularmente compleja. Al respecto, se ha destacado que establecer transformaciones de dicha envergadura va a requerir un cambio en la cultura organizacional, para lo cual se consideraría necesaria una redistribución del poder, las responsabilidades y los recursos entre los/las trabajadores de la salud y la comunidad. Lo imprescindible aquí es comprender con claridad lo que se necesita alcanzar y, así, orientar el comportamiento colectivo hacia el estado deseado en el ámbito de la atención (Alharbi *et al.* 2014b).

Se ha destacado entonces que el ACP-C exige un cambio en la forma en que el sistema de salud trabaja en conjunto. En el ACP-C, cada especialista puede desenvolverse de manera independiente en función de su abordaje, pero con una visión de equipo en que además se incluye a la persona que recibe la atención. El foco, en definitiva, es otorgar apoyo y alcanzar las metas establecidas, permitiendo así mejorar la calidad de la atención percibida por las personas (Alharbi *et al.* 2014a).

Es importante tener presente que establecer cambios en la forma de llevar a cabo la atención implica la presencia de ciertos obstaculizadores que se ven involucrados a la hora de modificar las prácticas (Alharbi *et al.* 2014b). En este sentido, muchos de los esfuerzos que se orientan a reestructurar o transformar la organización se ven finalmente limitados, en parte, debido a la resistencia cultural y a la escasa motivación para cambiar que podrían manifestar los/las trabajadores de la salud.

En este sentido, debe tenerse presente el rol central que juegan tanto los procesos como las personas que conforman la organización en el proceso de cambio (Goes 2011).

De manera más concreta, se enfatiza el hecho de que los/las trabajadores de la salud tenderían a reforzar el *status quo* en lugar de aceptar el cambio. De acuerdo con esto, una baja tolerancia al cambio se produciría, por ejemplo, cuando los individuos o grupos temen que no podrán adquirir el nuevo comportamiento o habilidad que se les exige. Además, estos, con intereses propios, podrían resistirse al cambio cuando consideran que podrían perder algo de valor como, por ejemplo, el poder. Como resultado, la resistencia podría ser iniciada por personas que perciben que se ven que enfrentadas a una pérdida potencial de poder como consecuencia del proceso de cambio (Alharbi *et al.* 2014b).

Todo cambio sucede en el espacio de lo relacional, esto es, que al innovar se crea una amenaza a la continuidad de las relaciones existentes entre los individuos que se verán afectados. La cultura social es un conjunto de actividades y hábitos aprendidos que relacionan a un grupo de personas y hacen que se valore de diferente forma cualquier conducta o acción. Los individuos se resisten a las innovaciones por ansiedad e inseguridad: temor de asumir riesgos con los cuales no están familiarizados; a tornarse prescindibles en su cargo por efecto del cambio; de no ser capaces de desarrollar las nuevas funciones; incapacidad o falta de disposición a adquirir nuevas habilidades o comportamiento; pérdida de influencia en decisiones a nivel de su antiguo puesto; pérdida o disminución de control sobre recursos; reducción de prestigio o reputación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera muy importante que los agentes encargados del cambio puedan propiciar un ambiente en el que trabajadores se sientan involucrados y motivados tanto con la labor que llevan a cabo en la organización como con en el proceso de cambio en sí, y que, además, tengan claridad respecto a los alcances de las transformaciones que se desean realizar, sobre todo las ganancias que se podrían obtener a nivel de todo el sistema (Goes 2011).

En la labor que implica realizar transformaciones y puntualmente en lo que respecta a la implementación del cambio, se ha destacado

de manera significativa el rol que juega la cultura organizacional. En términos generales, la cultura organizacional es un concepto amplio y complejo y que implica un desafío constante tanto en términos teóricos como prácticos (Pelegrin y Currey 2011). En el terreno del ACP-C específicamente, la literatura reconoce ampliamente la importancia de crear una cultura dentro del continuo de la atención que se otorga a la comunidad. Desde esta perspectiva —en función de la aplicación del modelo ACP-C— se espera que los gobiernos y las organizaciones desempeñen un papel clave en el desarrollo de políticas, procesos y diseño de estructuras claras e integrales, tanto para los sistemas como para los proveedores de la salud involucrados (Santana *et al.* 2017).

Si bien se ha destacado la participación de diversos factores que juegan un papel importante en el funcionamiento del modelo ACP-C, se ha enfatizado que el contexto del entorno de la atención sería el elemento —en la práctica— que tendría el mayor potencial para restringir o apoyar este modelo (Moore *et al.* 2017). En este sentido, la barrera más sólida que se vería involucrada en la entrega del ACP-C sería el factor cultural (Horrell *et al.* 2017). Al respecto, se enfatiza que la cultura es un factor que logra permear significativamente en la vida de una organización (Kirkley *et al.* 2011), situación que sugiere, por tanto, considerar a este elemento como un punto de partida esencial antes de implementar cualquier cambio organizacional (Wolf *et al.* 2011).

Entender la cultura de una organización y la manera en que esta influye el cambio se concibe como un elemento fundamental para la mejora de los sistemas de salud (Wolf *et al.* 2011). Si nos situamos en el escenario del ACP-C, una de las razones identificadas para medir el impacto de la cultura organizacional estaría basada en la hipótesis de que no es solo el modelo de atención implementado lo que tendría un efecto en los resultados de salud, sino también la cultura organizacional asociada al contexto de dicho modelo de atención (Alharbi *et al.* 2014a).

En términos generales, el concepto de cultura puede ser comprendido como el componente de una organización que puede entenderse como creencias, valores, rituales, mitos y sentimientos que son compartidos por quienes conforman una organización (Kane-Urrabazo 2006; Kirkley *et al.* 2011). Este componente sería un factor clave en el sentido

de que estaría guiando el comportamiento de las personas dentro de una organización y tendría una alta participación en el funcionamiento o rendimiento de esta (Pellegrin y Currey 2011).

En contextos públicos de salud, por ejemplo, diversos tipos de culturas podrían estar presentes y a la vez generar distintos impactos en la organización. En este sentido, por una parte, ciertas culturas podrían contribuir al conservadurismo y la inercia organizativa y, por otra parte, mejorar la comunicación, la colaboración y la coordinación de actividades. Al respecto, se ha señalado que una «cultura de apoyo» podría ser una fuente poderosa para el trabajo de atención, pues lograría beneficiar procesos de cambio entre diferentes especialidades. En este sentido, se considera que componentes culturales integradores lograrían facilitar la colaboración rápida y dinámica dentro de los equipos de trabajo en el contexto de dicha atención (Carlstrom y Ekman 2012).

En ambientes hospitalarios, particularmente, se ha observado que la cultura organizacional que valora la flexibilidad sería un entorno favorable para implementar nuevos modelos de atención de salud. Sin embargo, tal característica no necesariamente sería el estado óptimo para producir los mejores resultados de salud previstos para llevar a cabo la implementación del ACP-C. Una cultura caracterizada por la flexibilidad puede, a través de la comunicación con la persona que requiere atención, promover una mejor comprensión respecto a cuáles podrían ser las actividades necesarias en el marco del alta de la atención. Sin embargo, una cultura, por ejemplo, que se caracteriza por el control, fomentaría a través del uso de cronogramas la promoción de una mejor comprensión del modo en que deberían realizarse las actividades de salud requeridas (Alharbi *et al.* 2014a).

De acuerdo con esto, al parecer, resulta de gran importancia mantener una combinación de dimensiones culturales para sostener nuevos modelos de atención. Si bien se hace necesario valorar la flexibilidad y la apertura durante un proceso de cambio, en términos de facilitar dicho proceso, esta característica tendría, a la vez, un efecto negativo en el resultado de los efectos esperados respecto al cambio. De esta forma, una combinación de dimensiones opuestas podría apoyar la atención

centrada en la persona, esto es, un equilibrio entre flexibilidad y control facilitaría la planificación y la implementación del plan de salud de alta, respectivamente (Alharbi *et al.* 2014a).

Conclusiones

La atención centrada en la persona se posiciona como un modelo necesario de ser aplicado; implementar dicho modelo se constituye en una tarea compleja. A nivel organizacional, tener claridad acerca de los factores que deben ser contemplados para poder lograr un proceso de cambio efectivo en el sistema de salud implica una tarea desafiante sobre todo en términos de los ajustes que habría que considerar en las prácticas cotidianas. En este contexto, el componente cultural aparece como una arista básica de ser abordada, sobre todo por las implicancias que conlleva en consideración del contexto y de las necesidades observadas en las personas que requieren atención en salud. Un accionar clave, entonces, sería considerar cual tipo de cultura o subculturas estarían imperando en el escenario en el que se desarrolla la atención, y establecer, de manera consistente, cuáles serían las condiciones que podrían propiciar la aplicación del modelo ACP-C en el marco sanitario.

Las necesidades de personas y sus comunidades nos obligan constantemente a revisar nuestras prácticas, generar nuevas competencias que faciliten y promuevan ACP-C. Los procesos de transformación de las organizaciones y sus culturas deben poner especial atención a los/las trabajadores de la salud, teniendo en consideración sus características especiales, necesidades de formación, desarrollo, remuneraciones e incentivos, en contextos organizacionales saludables y promotores del aprendizaje tendientes a la mejora continua e interdisciplinar.

Referencias

- Abramovich V. 2006. «Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo». *Revista de la Cepal* 88: 35-50.
- Alharbi Tariq, Olsson Lars-Eric, Ekman Inger y Carlstrom Erik. 2014a. «The impact of organisational culture on the outcome of hospital care». *Scandinavian Journal of Public Health* 42: 104-10.
- . 2014b. «Implementation of person-centred care: management perspective». *Journal of Hospital Administration* 3, nro. 3: 107-20.
- Almeida, N. 1999. «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica». *Cuadernos Medico Sociales*, nro. 75: 5-30.
- Ansoleaga Moreno, Elisa, Artaza Barrios, Osvaldo, Suárez Jiménez, Julio Manuel; eds. 2012. *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago, Chile: OPS/OMS.
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=799-personas-que-cuidan-personas&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493
- Bascuñán ML. 2005. «Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos». *Rev Méd Chile* 133: 11-6.
- Blanch J. M. y L. Cantera. 2012. «La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones». En *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad*, editado por Agulló, E., J. L. Alvaro, A. Garrido, R. Medina e I. Schweiger, eds., 515-34. Oviedo: Ediuono.
- Carlstrom Erik y Ekman Inger. 2012. «Organizational culture and change: implementing person-centred care». *Journal of Health Organization and Management* 26, nro. 2: 175-91.
- Cunnil, N. 2010. «Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública». *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 46: 41-72.
- García Huidobro D, Spronhle C, Sapag J. 2008. «Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud». *Rev Med Chile* 136: 809-11.
- Goes, Jim. 2011. «Achieving Organisational Change in Health Care through People and Culture: A Commentary». En *Organization Development in Healthcare: Conversations on Research and Strategies*, editado por Wolf Jason, Hanson Heather, Moir Mark, Friedman Len y Savage Grant, 117-21. Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
[https://doi.org/10.1108/S1474-8231\(2011\)0000010013](https://doi.org/10.1108/S1474-8231(2011)0000010013)
- Goodwin, Nicholas. 2017. «Change Management». En *Handbook of integrated Care*, editado por Amelung Volker, Stein Viktoria, Goodwin Nicholas, Balicer Ran, Nolte Ellen y Suter Esther, 253-75. Oxford: Springer.
- Goodwin, Nicholas, Stein Viktoria y Amelung Volker. 2017. «What is Integrated Care? ». En *Handbook of integrated Care*, editado por Amelung Volker, Stein Viktoria, Goodwin Nicholas, Balicer Ran, Nolte Ellen y Suter Esther, 3-23. Oxford: Springer.
- Grol, Richard y Wensing Michel. 2013. «Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach». En *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*, editado por Richard Grol, Michel Wensing, Martin Eccles and David Davis, 40-63. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

- Grol Ricahrd, Wensing Michel, Bosch Marije, Hulscher Marlies y Eccles Martin. 2013a.** «Theories on implementation of change in healthcare». En *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*, editado por Richard Grol, Michel Wensing, Martin Eccles y David Davis, 18-39. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Grol Richard, Ouwens, Marielle y Wollersheim Hub. 2013b.** «Planning and organizing the change process». En *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*, editado por Richard Grol, Michel Wensing, Martin Eccles y David Davis, 64-76. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Homedes N. y Ugalde A. 2005.** «Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina». *Rev Panam Salud Pública* 17, nro. 3: 202-9.
- Horrell Jane, Loyd Helen, Sugavanam Thavapriya, Close James y Byng Richard. 2017.** «Creating and facilitating change for Person-Centred Coordinated Care (P₃C): The development of the Organisational Change Tool (P₃C-OCT)». *Health Expect* 21: 448-56.
- Kane-Urrabazo, Christine. 2006.** «Management's role in shaping organizational culture». *J Nurs Manag* 14, nro. 3: 188-94.
- Kirkley Catherine, Bamford Claire, Poole Marie, y Arksey Hilary. 2011.** «The impact of organizational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia». *Health and Social Care in the Community* 19, nro. 4, 438-48.
- Moore, Lucy, Britten Nicky, Elam Mark y Wolf Alex. 2017.** «Barriers and facilitators to the implementation of person centred care in different healthcare contexts». *Scand J Caring Sci* 31: 662-73.
- Morgan Stephanie y Yoder Linda. 2012.** «A Concept Analysis of Person-Centered Care». *Journal of Holistic Nursing* 30, nro. 1: 6-15.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2016.** *Marco sobre servicios integrados y centrados en la persona*. Informe de la Secretaria. 69a Asamblea Mundial de la Salud. Punto 16.1 del orden del día provisional.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- . 2016b. *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Asamblea Mundial de la Salud, 69.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254600>
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2011.** *Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales*. Santiago, Chile: OPS.
- . 2015. *Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015: Informe Final*. CD54/INF/1, Washington D.C.: OPS.
- Parkin, Paul. 2009.** *Managing change in healthcare using action research*. Los Angeles: SAGE.
- Pelegrin Karen y Currey Hal. 2011.** «Demystifying and Improving Organizational Culture in Health Care». En *Organization Development in Healthcare: Conversations on Research and Strategies*, editado por Wolf Jason, Hanson Heather, Moir Mark, Friedman Len y Savage Grant, 3-23. Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
[https://doi.org/10.1108/S1474-8231\(2011\)0000010007](https://doi.org/10.1108/S1474-8231(2011)0000010007)
- Porter, M. 1996.** «¿What is strategy?». *Harvard Business Review* 74, nro. 6: 61-78.

- Santana Maria, Manalili Kimberly, Jolley Rachel, Zelinsky Sandra y Quan Hude. 2017.** «How to practice person-centred care: A conceptual framework». *Health Expect* 21: 429-40.
- Serva, M. 1992.** «Un paradigma de complejidad y el análisis organizacional». *Revista de Administração de Empresas*, 32, nro. 2: 26-35.
- Ugalde, A. y N. Homedes. 2005.** «Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso». *Rev Panam Salud Pública* 17, nro. 3: 210-20.
- WHO. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. 2007.** *People-centred health care: a policy framework*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/206971>
- Waissbluth, M. 2012.** «Análisis organizacional de entidades públicas en Chile». *Serie Sistemas Públicos* 6: 1-20.
- Wolf Jason, Hanson Heather, y Moir Mark. 2011.** «Introduction». En *Organization Development in Healthcare: Conversations on Research and Strategies*, editado por Wolf Jason, Hanson Heather, Moir Mark, Friedman Len y Savage Grant. Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
[https://doi.org/10.1108/S1474-8231\(2011\)0000010031](https://doi.org/10.1108/S1474-8231(2011)0000010031)

Tecnologías de la Información como articuladoras de un Modelo persona céntrico

Patricio Wolff,¹ María Begoña Yarza² y Cristian Julio³

Introducción

En la actualidad, un gran número de sistemas informáticos se han desarrollado e implementado en los establecimientos de salud. Si bien la implementación de estos sistemas han traído múltiples beneficios, como disponibilidad centralizada de la información, también acarrear dificultades como disconformidad en el personal, resistencia o uso inapropiado del sistema, que incluso pueden perjudicar la calidad de la atención. En este sentido, estudios recientes señalan que el alineamiento entre la tecnología y el sistema de trabajo clínico es fundamental para la adopción o rechazo de implementaciones tecnológicas. Los sistemas que se centran en registrar y reportar información que se genera

.....
1 Ingeniero Civil Eléctrico, Dr. en Sistemas de Ingeniería. Magíster en Gestión de Operaciones y Magíster en Ingeniería de Negocios con Tecnologías de Información de la Universidad de Chile. Instructor e investigador del Departamento de Ingeniería Industrial y del Centro de Investigación en Inteligencia de Negocios de la Universidad de Chile.

2 Médico-Cirujano especialista en Pediatría Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra, Académica Facultad de Medicina Universidad Diego Portales, directora académica de la Sociedad Chilena de Calidad asistencial (SOCCAS).

3 Ingeniero Civil Industrial, Magíster en Ingeniería de Negocios con Tecnologías de la Información de la Universidad de Chile, y Master in Management and Systems, New York University. Profesor adjunto del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile.

en ambientes clínicos se vuelven difíciles de implementar. En este contexto, ha aparecido en algunas organizaciones la idea de contar con una historia clínica electrónica, HCE, centrada en las personas, de lo que surge la pregunta sobre los principios que debieran regir y los aspectos a considerar a la hora de incorporar o desarrollar una HCE centrada en las personas.

En los últimos años, el sistema sanitario ha estado sujeto a grandes cambios en su entorno, principalmente de carácter tecnológico, siendo el interés por las tecnologías de la información uno de los más relevantes (Walker *et al.* 2005). Asimismo, es posible percibir: el empoderamiento de los ciudadanos, expresado en la voluntad de participar en las decisiones de su proceso de salud; la disminución progresiva de la asimetría en la información sanitaria, y, por último, el aumento creciente de los costos en salud. Dado estos elementos los hospitales se convierten en organizaciones de salud que requieren ser flexibles, sensibles a estos cambios, con gran capacidad de adaptación y enfocados en las necesidades de las personas.

El propósito del sistema sanitario chileno en la actualidad es el cambio del modelo biomédico por uno centrado en las personas. La HCE cumple con resguardar y comunicar a todos los actores involucrados la información que es relevante en todos los procesos que forman parte de una atención de salud. Luego, estos sistemas son un elemento crítico para operacionalizar cualquier cambio en el modelo de atención: en el mejoramiento continuo de la calidad, de la experiencia del paciente, y a través de la protocolización de la práctica, de la efectividad clínica.

El modelo biomédico establecido por Bright en el siglo XIX, patologista desde la mirada del paciente y eficientista desde lo organizacional, requería de instrumentos tecnológicos que registraran de forma clara el uso y administración de los recursos. Los ejemplos sobran de sistemas que están desarrollados en base a módulos de camas, de pabellones, de box, etc. y, por lo tanto, los registros se centran, desde el establecimiento, en el conteo de actividades y prestaciones como consultas, egresos hospitalarios, exámenes, etc. Esta característica revela que, en los HCE que responden al modelo biomédico, no existe la información

integrada de la persona. Es decir, el usuario, sus características y necesidades no parecen ser el centro de estos sistemas.

Hoy el «paciente», constituido en ciudadano que reclama sus derechos y —que percibe— que debe ser el principal actor en sus problemas de salud valora como importante que su experiencia en el sistema sanitario sea positiva. El ciudadano de hoy no solo quiere que se resuelvan sus problemas de salud, sino que exige una atención oportuna, una gestión transparente y una experiencia satisfactoria. Para dar cuenta del proceso de atención individual o de los resultados sanitarios de una población hospitalaria —o de un segmento de ella—, se requiere no solo de información clara y veraz, sino que es necesario dar cuenta de la trazabilidad del proceso, del diálogo interdisciplinario con que se llega al diagnóstico y al manejo terapéutico, de los criterios utilizados, de los múltiples factores personales y contextuales con los que se comprende al usuario o a un grupo de ellos.

El enfoque centrado en el «paciente» para mejorar la calidad de atención en salud ha sido promovido extensamente en los últimos años (Saha, Beach y Cooper 2008). Balint (1969) acuñó el concepto luego de identificar la necesidad de avanzar desde un paradigma diagnóstico orientado a la enfermedad, hacia una mirada integral, que contextualiza el problema de salud en un individuo específico.

Aunque en principio el alcance de este enfoque se limitó al ámbito diagnóstico (p. ej. Levenstein *et al.* 1986), posteriormente ha sido expandido hacia todos los servicios y procesos de los hospitales. Gerteis *et al.* (1993) identifican siete dimensiones de una atención centrada en el «paciente»: respeto a los valores, preferencias y necesidades del usuario; coordinación e integración de la atención; información, comunicación y educación; confort físico; apoyo emocional, alivio de la ansiedad y del miedo; involucramiento de amigos y familia, y transición y continuidad de la atención. Desde el punto de vista de diseño organizacional, esto puede resumirse como la organización del personal y procesos del hospital en función de las personas en vez de departamentos especializados (Saha *et al.* 2008).

En este capítulo se pretende mostrar una serie de lineamientos que se debe considerar cuando se busca operacionalizar un modelo

de atención centrado en la persona utilizando tecnologías de información, y no pretende ser una descripción de componentes tecnológicas. En este sentido, aspectos como la seguridad, escalabilidad, privacidad, confiabilidad, pertenencia, etc. que son esenciales, no son el centro de esta descripción. En la primera sección se describe el contexto de la implementación de registros clínicos electrónicos hasta la fecha. Luego, a modo de contrapunto, se presenta la respuesta de la tecnología frente al cambio de modelo de atención y sus implicancias desde el punto de vista de la perspectiva del usuario. En la sección siguiente, se analiza la necesidad de incorporar una mirada de procesos clínicos en el desarrollo de los sistemas hospitalarios. Continúa con la necesidad de incorporar la anticipación al daño y las prácticas seguras como enfoques sobre los cuales se deben plantear los objetivos detrás de los diseños de sistemas. Luego, se plantea la incorporación de ejes que guían el diseño de las HCE, adicionalmente a los planteados en las secciones anteriores, como la usabilidad, desde una mirada del tiempo que el clínico debe tener frente a la pantalla; y la flexibilidad e integración, que permite explotar la capacidad de los sistemas frente a una necesidad de entender al individuo desde miradas no únicamente clínicas. Finalmente, se presentan las conclusiones del capítulo.

Sistemas como expresión de un modelo de atención

La experiencia internacional muestra que la asimilación de las HCE por parte del personal clínico no ha sido sencilla (Davis, Doty, Shea y Stremikis 2009) (Boonstra y Broekhuis 2010). Si bien, en la literatura científica se analizan diferentes causas de este fenómeno, como la gestión del cambio (Lorenzi y Riley 2000), falta de alineamiento entre la tecnología y la práctica clínica (Holden y Karsh 2010), o limitaciones institucionales, financieras, legales y tecnológicas, las investigaciones no consideran al modelo de atención como factor central en el diseño y posterior implementación de estos sistemas. Esto puede explicarse por tres motivos: (i) la ausencia de una definición explícita del modelo de atención en la organización, que debe proveer los fundamentos para el diseño

de los procesos y sistemas que los aportan; (ii) suponer que todos los hospitales comparten el mismo modelo de atención y por consiguiente sus procesos; y (iii) falta de alineamiento entre el modelo de atención y los procesos de atención. Esta última situación se agudiza cuando la discusión sobre los procesos y prácticas clínicas se realiza en un plano independiente a los principios que rigen el modelo de atención.

Los registros clínicos electrónicos son definidos por algunos autores (Hovenga *et al.* 2010; Garde *et al.* 2007) como centrados en las personas. Esta afirmación se basa en que los registros se centran el tema del cuidado y no en el episodio del cuidado en una institución; y que son de carácter longitudinal, en un extenso periodo del cuidado.

La descripción propuesta por estos autores revela que el diseño de estos sistemas no responde (o ha respondido) a un modelo centrado en las personas, sino más bien centrado en los procesos del cuidado. Las tecnologías de información que permiten articular modelos centrados en las personas consideran diferentes aspectos relativos al usuario que no son necesariamente clínicos o de cuidados, pero que sí pueden tener importancia en el diagnóstico y tratamiento. Luego, es necesaria una relación explícita, colectiva y consensuada entre modelo de atención, los procesos y los sistemas que los apoyan con el fin de volverse articuladores de un modelo de atención.

Toda mirada debe ser incorporada

Frente al paradigma biomédico, Engel (1977), hace ya más de cuarenta años, propone un modelo que se apoya en la concepción de que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales. Es decir, el modelo biopsicosocial es un modo holístico basado en la integración de sistemas en un proceso dinámico y transaccional. En este sentido, los sistemas hospitalarios deben considerar en la caracterización de las personas usuarias la mayor cantidad de actores relevantes en el proceso de atención de ellas como, por ejemplo: diseñadores, químico-farmacéuticos, antropólogos, psicopedagogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, etc. Es decir,

que los sistemas deben considerar el conocimiento y habilidades de una amplia variedad de disciplinas (Barner 2014).

Entender los procesos hospitalarios, prácticas seguras y capacidades tecnológicas

El principal error que se comete al momento de evaluar un sistema hospitalario es pensar que los procesos son los mismos en diferentes hospitales. Esto en la práctica ha llevado a invertir importantes sumas de dinero en reparar sistemas o simplemente desecharlos, al no responder a los procesos o requerimientos funcionales de la organización. Para el desarrollo de la HCE es necesario realizar el levantamiento sistemático de los procesos de la institución poniendo foco en aquellos procesos críticos que inciden en la seguridad y eficacia del proceso de atención y en la experiencia del paciente. En este sentido, uno de los propósitos de la detección de procesos críticos debe ser identificar las prácticas más seguras y aceptables por las personas usuarias para evitar la sobreutilización de pruebas diagnósticas, los tratamientos innecesarios y el encarnizamiento terapéutico, así como los daños asociados a estas prácticas (Jamouille 2015). Estos procesos seguros y optimizados son los que se incorporan al flujo que se pretende apoyar por medio de sistemas de información y a la política de prevención cuaternaria de calidad y pasando así de una cultura reactiva a la proactiva de instalación de prácticas seguras y eficaces.

Incorporar modelos de riesgo o anticipación al daño

Al cambiar el foco en la persona aparecen distinciones y categorías nuevas para toda HCE, una de ellas es la anticipación al daño. Este componente es invisible a sistemas de registro clínico electrónicos tradicionales. La atención hospitalaria atiende personas en las que se sospecha una enfermedad o requiere intervención en una ya diagnosticada. Es así, como el anticiparse a los daños secundarios que provoca el curso

de la enfermedad o su propio tratamiento e incluso por factores psicosociales es altamente necesario. Esta nueva distinción trasciende las unidades productivas de la institución o el conteo de prestaciones de esta y se vuelve una característica transitoria y multidimensional de la persona. En este sentido se debe contar con información del paciente y su entorno, que genere indicadores de riesgo para que el equipo de salud logre anticiparse y prevenir situaciones deletéreas para el paciente.

Disminuir el tiempo frente al computador

Toda característica del sistema, como acceso a información y usabilidad debe ser apropiada al proceso clínico en el que se utilizará el sistema. Esta distinción proviene de un buen estudio de los procesos involucrados para cada tarea, de la información que es necesaria y la información que se genera. Pero, por sobre todo: los tiempos que debe tomar cada actividad, quién realiza la actividad, en qué contexto se realiza y qué implicancias tiene.

La interfaz de usuario es considerada uno de los puntos críticos de toda implementación de sistemas en los hospitales (Hernando *et al.* 2004). Si bien, este componente es importante, existe el riesgo de generar registros clínicos electrónicos con un enfoque centrado en el usuario. Es decir, un diseño basado en las definiciones de todos los dominios cognitivos de la interacción humano-computadora en línea con el «principio de correspondencia directa» (Gómez *et al.* 1998).

Es innegable el hecho que esto ocurrirá, independiente del modelo que pretenda seguir el desarrollo de sistemas. Sin embargo, este enfoque limita la capacidad articuladora que un sistema informático tendrá en el cambio de modelo, al replicar por medio de un sistema las prácticas anteriores sin explotar las nuevas capacidades que permiten los sistemas.

Flexibilidad e integración

Es conocido por todos que, dado los avances tecnológicos, económicos y científicos, hoy la hospitalización de personas es cada vez más compleja. Modelos como la hospitalización domiciliaria y los hospitales de día logran sostener el cuidado de personas usuarias de baja y mediana complejidad. Asimismo, en la atención primaria existen programas que permiten sostener el cuidado de personas con padecimientos crónicos en cuidados paliativos y postrados en sus domicilios. Dada la variada gama de dispositivos que logran dar la continuidad de la atención se requiere que exista un instrumento que registre y logre expresar esa continuidad y la multidisciplinariedad que acompaña a los procesos de atención del paciente. Por otro lado, la tercerización de actividades asistenciales como el análisis de resultados de laboratorio e imágenes y la telemedicina se vuelven un desafío de integración para los sistemas informáticos centrados en la persona y una amenaza para los modelos de sistemas tradicionales.

No puede dejarse de lado el papel que las tecnologías de información han tomado a lo largo de la historia. Si bien, el propósito de esta sección es mostrar la nueva perspectiva con la que deben mirarse las TIC y los registros clínicos electrónicos, se pretende no despreciar el papel que las TIC tradicionalmente han tenido a lo largo de la historia en la salud (Bourke 1994). Es decir, tareas como el resguardo y la disponibilidad de la información de las personas usuarias; el control y determinación de la producción y los costos asociados a la atención; la gestión interna de los procesos y proveedores; estadística, gestión financiera y control de gestión, y fuente de información para los *stakeholders* y aseguradoras. Estas tareas han sido consideradas tareas críticas en el proceso de gestión de las organizaciones de salud, si bien deben ser incorporadas no deben ser el foco de las TIC en un modelo de atención centrado en la persona.

Conclusiones

La experiencia internacional, en lo relativo a las HCE, ha situado el foco en la tecnología o en los mecanismos mediante los cuales esta tecnología se implementa. En nuestra experiencia, en la gran mayoría de los casos, es una discusión sobre el modelo de atención, en el cual los sistemas informáticos se vuelven herramientas críticas. Entender cómo una herramienta expresa y articula un modelo de atención deseado no es tarea fácil, pero las consecuencias y resultados de ello van más allá que los de una implementación tecnológica tradicional.

Una de las piezas centrales para la salud y la salud pública es la información (Kun *et al.* 2008). En este sentido, las tecnologías de información juegan y jugarán un rol crucial en la forma en la cual se atienden las personas usuarias. Debido a esto es relevante relevar a las tecnologías de la información, del tradicional concepto de herramienta de registro, almacenamiento y análisis de datos (Berner 2014), a una herramienta articuladora de la transformación del modelo de atención. Las tecnologías de la información hoy permiten la convergencia de miradas multidisciplinarias, la atención a distancia, el análisis automático que permite la anticipación al riesgo y la integración de información sanitaria con datos provenientes de otros sectores como los servicios sociales, educacionales, entre otros. Todas estas posibilidades son conceptos indispensables en la implementación del modelo de atención centrado en las personas. Es decir, las HCE no pueden ser vistos como simples «repositorios de información clínica».

El éxito de estos sistemas requiere compromiso directivo y al mismo tiempo de organización con la madurez suficiente para cambiar de paradigma. En este sentido, los funcionarios deben entender que los procesos deben cambiar y por consiguiente los sistemas que los soportan también. El éxito de este camino solo podrá asegurarse si la visión es colectiva, robusta y compartida por equipos liderados por profesionales clínicos y tecnológicos. El no dimensionar este estrés organizacional puede llevar a dificultar la implementación de sistemas, siendo esta una característica transversal y no solo de las HCE centradas en las personas.

Referencias

- Balint, E. 1969. «The possibilities of patient-centered medicine». *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 17, nro. 82: 269.
- Berner, Eta S., ed. 2014. *Informatics Education in Healthcare: Lessons Learned. Health Informatics*. London: Springer London.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4078-8>
- Boonstra, Albert, y Manda Broekhuis. 2010. «Barriers to the Acceptance of Electronic Medical Records by Physicians from Systematic Review to Taxonomy and Interventions». *BMC Health Services Research* 10, nro. 1: 231. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-231>
- Bourke, Michael K. 1994. *Strategy and Architecture of Health Care Information Systems*. New York: Springer New York.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4757-2338-0>
- Davis, Karen, Michelle McEvoy Doty, Katherine Shea, y Kristof Stremikis. 2009. «Health Information Technology and Physician Perceptions of Quality of Care and Satisfaction». *Health Policy* 90, nro. 2-3: 239-46.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.10.002>
- Engel, G. L. 1977. «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science* 196, nro. 4286: 129-36.
- Garde, S., Knaup, P., Hovenga, E., y Heard, S. 2007. «Towards Semantic Interoperability for Electronic Health Records». *Methods of Information in Medicine* 46: 332-43.
<https://doi.org/10.1160/ME5001>
- Gerteis, Margaret, Susan Edgman-Levitan, Jennifer Daley, Thomas L. Delbanco, eds. 1993. *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Gómez E.J., Quiles J.A., Sanz M.F., Del Pozo F. 1998. «A User-Centered Co-operative Information System for Medical Imaging Diagnosis». *Journal of the American Society for Information Science* 49: 810-6.
- Hovenga, Evelyn JS, MR Kidd y Sebastian Garde. 2010. *Health Informatics: An Overview*, IOS Press.
- Hernando ME, Gómez EJ, Gili A, Gómez M, García G, del Pozo F. 2004. «New trends in diabetes management: mobile telemedicine closed-loop system». *Stud Health Technol Inform* 105: 70-9.
- Holden, R. J., y Karsh, B. T. 2010. «The technology acceptance model: its past and its future in health care». *Journal of biomedical informatics* 43, nro. 1: 159-72.
- Jamouille, Marc. 2015. «Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization». *International Journal of Health Policy and Management* 4, nro. 2: 61-4.
- Kun, L., Coatrieux, G., Quantin, C., Beuscart, R. y Mathews, R. 2008. «Improving outcomes with interoperable EHRs and secure global health information infrastructure». *Studies in Health Technology and Informatics* 137: 68-79.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18560070>
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A., y BROWN, J. B. 1986. «The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine». *Family practice* 3, nro. 1: 24-30.

- Lorenzi, N. M., y Riley, R. T. 2000. «Managing change: an overview». *Journal of the American Medical Informatics Association* 7, nro. 2: 116-24.
- Muro, N., E. Sanchez, C. Toro, E. Carrasco, S. A. Ríos, F. Guijarro, y M. Graña. 2016. «Experience-Based Electronic Health Records». *Cybernetics and Systems*, 47, nro. 1-2: 126-39.
<https://doi.org/10.1080/01969722.2016.1128774>
- Saha, S., M. C. Beach y L. A. Cooper. 2008. «Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality». *Journal of the National Medical Association* 100, nro. 11: 1275.
- Walker, J., E. Pan, D. Johnston, J. Adler-Milstein, D. W. Bates, y B. Middleton. 2005. «The value of health care information exchange and interoperability». *Health Affairs* 24, nro. 1: W5-10-W5-18.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.W5.10>

CUARTA PARTE:
Elementos esenciales de
un modelo centrado
en las personas

Calidad en salud, personas y comunidades

Oswaldo Artaza,¹ Hilda Márquez² y Guillermo Williams³

Introducción

En esta sección se abordarán los elementos esenciales para el desarrollo de políticas de calidad en sistemas de salud, especialmente en instituciones prestadoras de servicios de atención, que contribuyan a que estos sean valorados por las personas y las comunidades. Se inicia con definiciones conceptuales de cómo comprender sistémicamente la calidad; su importancia en las políticas públicas de salud; los aspectos centrales que se requieren en una gestión de los servicios alineada con la mejora continua, y aspectos que guardan relación con formas de involucrar a las personas en la calidad de los servicios de atención.

.....
1 Médico pediatra. Magíster en Administración en Salud. Exministro de Salud de Chile. Exdirector de hospital. Exasesor Sistemas y Servicios OPS/OMS. Profesor adjunto *ad-honorem* Instituto de Salud Pública Universidad Austral de Chile. Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas.

2 Médica cirujana y partera, Maestra en Salud Pública. Consultora Internacional en Calidad en Salud y Seguridad del Paciente. Profesora y Coordinadora de Maestría de Calidad en Salud de la Universidad de Guadalajara. Presidenta de la Asociación Mexicana de Calidad y Seguridad del Paciente.

3 Médico Pediatra y Sanitarista (Universidad Nacional de Buenos Aires). Exsubsecretario de Salud del Municipio de Moreno. Provincia de Buenos Aires. Exdirector Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud y excoordinador Operativo Unidad Coordinadora y Ejecutora de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Ministerio de Salud de Argentina. Docente Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Buenos Aires.

La calidad como necesidad sistémica

La calidad debe verse de modo sistémico, comprendiendo todo el quehacer macro, meso y micro en salud. No hay calidad en la prestación si no hay, en simultáneo, calidad en la rectoría; en un financiamiento adecuado y gastado con eficiencia; en una efectiva acción intersectorial para actuar sobre los determinantes sociales; en una organización de la prestación en redes de cooperación y con base en la estrategia de la APS y, finalmente, en una cultura de estar siempre aprendiendo e innovando de modo que nuestras prácticas siempre sean mejores (OPS 2017). Las consecuencias de la falta de calidad no solo ponen en peligro la salud de las personas de poblaciones completas, sino también dañan la confianza y ponen en riesgo los sistemas de salud (Ghebreyesus 2018).

La visión sistémica de la calidad es una necesidad apremiante, implica un esfuerzo completo de reforma continua en los ámbitos de marcos legales y diseños institucionales para conducir y alinear a todos los actores tras metas comunes y garantizar a los ciudadanos el cumplimiento de ciertos estándares, normas o políticas de manera homogénea y transparente para todos; financiamiento —que esté alineado con los objetivos y políticas de salud— que genere incentivos para la consecución de las metas e impactos esperados con la mayor eficiencia y transparencia; organización de la prestación de servicios a objeto de lograr la mayor efectividad y satisfacción ciudadana posible; diseño y aplicación de sistemas de evaluación —disponibles para los equipos de salud y las personas— que permitan observar y monitorear el desempeño del sistema y de las competencias para la acción y el cambio que se traduzcan en mejoras verificables.

Desde la calidad, destacando esa mirada sistemática, la implementación de la mejora continua en la prestación de los servicios implicará transformaciones graduales, pero sustantivas, en el ámbito del diseño e implementación de las políticas públicas en la acción sobre los determinantes sociales, en el financiamiento y la gobernanza de los sistemas de salud y evidentemente requerirá también de importantes cambios en el modo de prestar los servicios para personas y comunidades. Dichas transformaciones redundarán o no en una mayor legitimidad y

valoración social, en tanto y cuanto se basen en prácticas que se perciban «correctas» por la ciudadanía. Esta percepción se construye socialmente en torno a aspectos cuantitativos con respecto a impacto y ganancia en bienestar —la mayor salud posible— objetivables, pero por sobre todo se construye a través de aspectos cualitativos tanto a nivel macro, como participación y diálogo con que fueron diseñadas y ejecutadas las políticas sobre la prestación de servicios, la eficacia en cómo fueron comunicadas y en las posiciones asumidas por distintos incumbentes, como aspectos meso relacionados con el nivel de participación y cuenta pública hacia la comunidad y micro como trato digno, informado y seguro en la atención, entre otros aspectos de orden más bien subjetivo. La adecuada valoración de los sistemas de salud determina su sostenibilidad. Ello, junto al deber ético de ofrecer servicios de atención seguros y evitar diferencias injustas en el tipo de intervenciones que reciben distintos grupos de personas y comunidades, obligan a concebir una mirada holística o sistémica de la calidad. Entendiendo a esta última entonces como la traducción de las prácticas macro, meso y micro de los sistemas de salud en valoración pública.

La calidad y las políticas públicas de salud

La calidad es, por definición, el grado en que los servicios de salud para personas y sus comunidades aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual (National Academy Press 2001). Este grado se puede alcanzar mediante elementos medibles que funcionen de manera integrada en los sistemas de salud, que suelen ser identificadas como dimensiones de la calidad que favorecen el trabajo colaborativo entre los distintos niveles de atención y la articulación de políticas en modelos de atención para la salud. La calidad de la atención debe orientarse a mejoras de salud, no solo a aumentar los insumos del servicio o simplificar los procesos de atención sin un fin claro y debe manifestar el compromiso entre las partes interesadas, es decir,

los proveedores de los servicios y las personas, así como las comunidades, con enfoque tanto a la atención curativa como preventiva de manera individual y poblacional.

Se han reconocido diversas dimensiones de la calidad: seguridad, efectividad, atención centrada en las personas, oportunidad, eficiencia y equidad; integralidad y sustentabilidad (WHO 2018; Mortimer *et al.* 2018). Cabe destacar que la calidad no solo tiene distintas dimensiones sino también órdenes o niveles en los que esta debe ser comprendida. Lo anterior implica que se requiera de múltiples estrategias que deben ser aplicadas gradual y simultáneamente, debido a que miradas reduccionistas de la calidad que ponen foco solo en algunos aspectos de esta, por importantes que sean, no lograrán el impacto en valoración pública que necesitan nuestros sistemas de salud para sostenerse. La sostenibilidad no implica *status quo*, sino por lo contrario, obliga a transformaciones permanentes en línea con estrategias para el avance hacia un acceso universal en salud a servicios de calidad asegurada. La mejora de los sistemas, desde el punto de vista de la calidad, entonces es la consecuencia, socialmente valorada, de la suma de múltiples acciones proyectadas ejecutadas en el corto, mediano y largo plazo de modo coherente y sinérgico a todos los niveles macro, meso y micro del quehacer del sistema. Esto involucra desde el diseño de las políticas a la cultura de los prestadores; del modo integrador en que se desempeñan las funciones esenciales de salud pública y el trabajo intersectorial sobre determinantes sociales a la higiene de manos.

Todos los países tienen el desafío de que los logros de universalidad en acceso efectivo lo sean con calidad homogénea. No es correcto —y quizás engañoso— mejorar acceso a costa de servicios de pobre calidad. Para ello, desde la lógica de que —a igualdad de derechos en protección de la salud debe haber igualdad de normatividad en el ámbito de la calidad, acceso a estructura y recursos, así como competencias efectivas para acompañar la adaptación de los prestadores y fiscalizar su cumplimiento— también aparece como esencial, en la transformación de los sistemas de salud, que en ellos se desarrollen y fortalezcan entidades o agencias y, con cierto nivel de independencia, puedan ofrecer garantía a los ciudadanos de la calidad del sistema. Los elementos

esenciales que deben observar dichas agencias deben guardar relación con la evaluación de las políticas públicas, la calidad del gasto, la habilitación o licenciamiento, la seguridad de los procesos asistenciales e idealmente que algunos resultados críticos están debidamente resguardados en la prestación de los servicios de atención. En estos aspectos es relevante apoyar el desarrollo de competencias para evaluar impacto y legitimidad social de las políticas públicas en salud, con enfoque a las dimensiones de la calidad en los diferentes niveles de atención; regular que la puesta en marcha de las instituciones prestadoras cumpla con condiciones estructurales y de recursos que contribuyan a la seguridad en los procesos de atención; mantener actualizados los procesos de habilitación, licenciamiento o autorización, que suelen tener vigencia por un número determinado de años; regular los perfiles, competencias y distribución del recurso humano en salud; regular a las tecnologías sanitarias implicadas en los procesos asistenciales tanto en su costo efectividad como en su seguridad; regular la seguridad de los procesos del prestador a través del monitoreo permanente de eventos adversos y de la gestión de los riesgos, y de la verificación continua de las competencias esenciales de la organización en liderazgo y planeación estratégica, y apoyar la gerencia de procesos asistenciales, administrativos y financieros, el desarrollo de competencias en el capital humano y de los sistemas de información. Para todo lo anterior, es clave apoyar procesos de cambio de cultura organizacional que regulen los resultados en salud y la contribución de los establecimientos de salud a los objetivos de las redes integradas y de las políticas públicas. Las redes integradas de servicios de salud son la traducción operativa para hacer tangible la atención primaria para la salud, mediante el acceso, atención integral, integrada y continua, organización y gestión óptimas, la acción intersectorial y la participación comunitaria, entre otros (OPS 2007). No podemos olvidar que la calidad de la atención es un elemento esencial que está directamente relacionado con el derecho al nivel más alto de salud posible.

El aseguramiento de calidad de los servicios de salud en todos los países plantea grandes dificultades, tanto para las autoridades de salud como para los demás actores del sector. La tarea en el ámbito de la

calidad no tiene fin, dado que el comienzo es asegurar estándares esenciales a toda la población sin diferencia alguna. Estándares que deben ser gradualmente más y más exigentes, por lo que el final de las tareas no se alcanza nunca y la mejora debe ser permanente, ya que guarda relación con asegurar el pleno derecho al máximo nivel de calidad de vida y ello nos exige de cada día un nuevo y superior afán. En sociedades democráticas, es importante incorporar a los ciudadanos en la definición de estándares y en transparentar su cumplimiento. Grandes desafíos son los mecanismos para dicha participación y para el ejercicio público del control social.

Calidad y los prestadores de servicios

La gerencia de las instituciones que prestan servicios en salud debe tener una sola orientación: contribuir del modo más seguro, confiable y satisfactorio a personas y comunidades con los mayores resultados en salud posibles mediante los recursos disponibles. Lo señalado no se logra por imposición, sino a través de la sensibilidad, un diálogo permanente con una comunidad activa y con las y los trabajadores de la salud, lo que implica capacidad para conocer y modificar las prácticas.

Lo que define el modo de hacer las cosas o nuestras prácticas es la cultura de una organización que es el conjunto de valores, creencias, reglas no escritas y actitudes que configuran las prácticas. Entre los elementos que conforman la cultura están los juicios, mitos, ritos, los héroes y los usos y costumbres en torno a cómo vincularse, aprender e interdepender por medio del lenguaje. Entonces, para cambiar las prácticas hay que modificar la cultura y esto solo surge del aprendizaje (Ansoleaga *et. al* 2012). Lo anterior implica que el máximo de la energía de nuestra gestión de calidad debe estar enfocada a generar inquietud por aprender de los errores y de las buenas prácticas.

La cultura de calidad y seguridad del «paciente», concede prioridad a la calidad y seguridad por encima de las metas financieras u operacionales e implica que todos los profesionales de la salud aceptan responsabilizarse de su propia seguridad, de sus compañeros de trabajo,

personas usuarias y visitantes. Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización. Si las y los trabajadores de la salud piensan que «lo saben todo» que «lo que se ha venido haciendo es lo correcto» no habrá forma de modificar nuestras prácticas. Lo anterior implica un estilo de gestión orientada al aprendizaje y la innovación ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Aspectos esenciales para un nuevo estilo de gestión para la calidad

Aspectos esenciales para la calidad del modelo de atención y de gestión	Estilo de gestión para la calidad
<p>Los sistemas de salud deberían desarrollar mecanismos formales para que, en los establecimientos, sus trabajadores participen en la definición de las metas de producción y conozcan los estándares y metas de calidad en procesos y resultados. Los sistemas de salud deberían desarrollar mecanismos para incorporar a las personas y sus comunidades en la definición de metas y estándares de calidad y tienen herramientas para que los resultados sean de conocimiento público. Los establecimientos deberían contar con los recursos humanos y materiales para la producción de servicios en términos de calidad concertada.</p>	<p>En una gerencia implicada en la conducción del cambio permanente todos los líderes formales e informales están involucrados en la calidad, no puede el ámbito de la calidad estar relegado exclusivamente a una «unidad, departamento o comité». Es responsabilidad de todos. Los comités de calidad son una estrategia organizativa de la dirección de los centros para involucrar a todos/as los trabajadores de la salud y a las personas y sus comunidades en el diseño, implementación y evaluación de objetivos y metas. La gestión de la calidad está presente en la integralidad de las acciones de salud desde el hábitat de las personas y de la vida en sociedad y no se agota en los procesos al interior de los establecimientos.</p>
<p>Los establecimientos deberían someterse periódicamente a procesos de evaluación externa para conocer el cumplimiento de estándares y normas de calidad. Sus resultados son conocidos por trabajadores y usuarios. Los éxitos se celebran.</p>	<p>Las experiencias de error y riesgo son valoradas y el aprendizaje del yerro se reconoce y valora. Una mirada punitiva atemoriza y solo logra que se oculte lo que debe estar visible y ser fuente de mejora.</p>

<p>Los establecimientos deberían ajustar permanentemente su estructura, recursos y modelo de gestión a objeto de orientar su quehacer hacia resolver las necesidades de personas y comunidades (centrado en las personas) para cumplir las metas pactadas.</p>	<p>Se estimula el perfeccionamiento continuo y se posibilita y facilita la investigación aplicada y la ganancia de conocimiento.</p>
<p>Los establecimientos deberían tener competencias para planificar, implementar y evaluar estratégicamente objetivos y metas; competencias para ejercer liderazgo participativo en todos sus niveles; para gestionar el talento de su personal; y para promover la participación activa de sus trabajadores y usuarios en la mejora continua.</p>	<p>Se promueve la escucha, las instancias participativas para el diálogo y la discusión sobre casos-problema y la búsqueda colectiva de soluciones, así como el liderazgo participativo y la conducción colegiada de procesos integrados horizontal y verticalmente.</p>
<p>Los establecimientos deberían utilizar progresivamente tecnologías sanitarias, particularmente medicamentos regulados por agencias especializadas y los incorpora a sus procesos asistenciales en el marco de guías y protocolos costo efectivos y seguros.</p>	<p>Se fomenta el reconocimiento, la actitud innovadora, el reconocer las buenas prácticas y el identificar lo que funciona, el cooperar entre personas y unidades y el escuchar al usuario.</p>
<p>Los establecimientos deberían formar parte de una red, donde el financiamiento y los recursos están dispuestos alineadamente con las políticas de calidad, y donde los procesos asistenciales son revisados continuamente por la red en su conjunto.</p>	<p>Se privilegian las actitudes positivas versus a las que descalifican o discriminan, se incentivan las actitudes de respeto y el cumplimiento responsable e impecable de lo convenido para el funcionamiento exitoso de los procesos de atención.</p>
<p>Los establecimientos participan de un sistema formal de aseguramiento de la calidad, cuenta con información fidedigna, contribuye con buenas prácticas, aprende de otras experiencias y da cuenta pública de su gestión y resultados.</p>	<p>Se valora la incorporación de otras disciplinas y de otras miradas para el enfrentamiento de nuevos desafíos y orientar la toma de decisiones.</p>
<p>El sistema de aseguramiento de la calidad debería implicar un proceso gradual de exigencias que conlleva capacidades similares para acompañar e instalar competencias (más exijo, más acompañamiento y más apoyo a que dichas exigencias sean posibles).</p>	<p>Se comprende, por parte de la gerencia que el clima organizacional y calidad de vida en el trabajo es esencial para posibilitar los cambios.</p>

Fuente: elaboración propia.

Establecer una cultura de la calidad en los establecimientos de salud solo se puede hacer con y para las personas, lo que obliga a diseñar instancias formales para un diálogo permanente con las y los trabajadores y ciudadanos. Al final, la prueba última de la calidad de un servicio está en el orgullo que tiene un trabajador de la salud de pertenecer a una institución y en el reconocimiento o valoración que los ciudadanos hacen de esta. Para generar entonces una cultura de la calidad, hay que vivir la calidad en la organización, esto es pensar, planificar, gestionar, controlar y garantizar la calidad en los prestadores.

Los retos de la calidad en la atención para los sistemas de salud

Los sistemas de salud deben caracterizarse por una fuerte integración de la calidad, la resiliencia y su aplicación hacia el acceso y la cobertura universal de servicios de salud (salud universal). Además, deben desarrollar una capacidad sostenible en la prestación de servicios de salud pública, como prevención, detección y respuesta a enfermedades.

Como se ha mencionado previamente, el aumento de recursos no determina de manera lineal un aumento de la calidad en los servicios de salud. Incluso en ocasiones, el aumento de recursos podría suponer aumento de complicaciones en la prestación de servicios, puesto que también se requiere formación con base en conocimientos científicos y una óptima articulación de servicios dentro del sistema, que permitan una experiencia satisfactoria de las personas en su paso por el sistema de salud a lo largo de su vida. Independientemente del nivel de ingresos de un país, si hay espacio para mejorar los resultados de salud, la calidad de la atención también se puede aumentar.

En ese sentido, la orientación de recursos no siempre es la óptima, debido a la complejidad en la selección de las intervenciones correctas, sabiendo que ninguna intervención individual atenderá todas las necesidades. Se debe considerar la cultura organizacional, las actitudes e incluso la motivación del personal. Es indispensable que las intervenciones estén vinculadas con las necesidades del país y blindadas

en el ejercicio de recursos para que resistan los cambios políticos, todo esto con la finalidad de asegurar el largo plazo y los beneficios hacia las personas.

Todas las buenas intenciones de mejora de la calidad requieren un enfoque multimodal, con combinación de intervenciones que favorezcan la cultura de calidad dentro del sistema de salud y al mismo tiempo la confianza pública mediante la evaluación y ejercicio de recursos. Se han propuesto un conjunto de intervenciones (Banco Mundial 2018) basadas en su posible impacto en la calidad en salud, que suponen opciones para los tomadores de decisiones orientadas a las dimensiones de la calidad y reducción de daños, mejorar la prestación de servicios de salud y generar la capacidad en el sistema de salud para optimizar sus propios servicios. Estas intervenciones guardan relación con la mejora en la atención clínica y la participación y empoderamiento de las personas, las familias y sus comunidades. Las intervenciones asociadas a la atención clínica son:

1. Las herramientas de apoyo a la decisión clínica brindan conocimiento e información específica de las personas en los momentos apropiados para mejorar la atención médica.
2. Los estándares clínicos, las vías y los protocolos son herramientas utilizadas para guiar la atención médica basada en la evidencia. Las vías clínicas se utilizan cada vez más para mejorar la atención de diversas condiciones a gran escala.
3. La auditoría clínica y la retroalimentación son una estrategia para mejorar la atención a las personas a través del seguimiento de la adherencia a estándares y directrices explícitos.
4. Las revisiones de morbilidad y mortalidad proporcionan un mecanismo de aprendizaje colaborativo y un proceso de revisión transparente para que los clínicos examinen su práctica e identifiquen áreas de mejora, como los resultados de las personas y los eventos adversos, sin temor a ser culpados.
5. Los ciclos de mejora basados en colaboración y en equipo son un método formalizado para que los hospitales o clínicas trabajen juntos en la mejora de un área temática enfocada durante un período de tiempo fijo con mecanismos de aprendizaje compartidos.

Las intervenciones asociadas a la participación y empoderamiento de las personas son:

1. La participación y el empoderamiento formalizados de la comunidad se refieren a la contribución activa e intencional de los miembros de la comunidad a la salud de la población y al desempeño del sistema de prestación de servicios de salud.
2. La capacitación o empoderamiento en calidad, como la capacidad creciente de obtener y entender la información básica de salud, requerida para tomar decisiones de salud apropiadas de parte de las personas, las familias y sus comunidades en general de manera consistente. Condición que está íntimamente relacionada con la calidad de la atención.
3. La toma de decisiones compartidas a menudo se emplea para adaptar de manera más apropiada la atención a las necesidades y preferencias de las personas, con el objetivo de mejorar la adherencia de estas y minimizar la atención futura innecesaria.
4. El apoyo entre pares y los grupos de personas usuarias expertas vinculan a quienes viven con condiciones clínicas similares para compartir conocimientos y experiencias. Crea el apoyo emocional, social y práctico para mejorar la atención clínica.
5. La experiencia de las personas en la atención ha recibido una atención significativa como base para diseñar mejoras en la atención clínica. Las medidas informadas por las personas son importantes en sí mismas; las personas que tienen mejor experiencia están más comprometidas con su cuidado, lo que puede contribuir a mejores resultados.
6. Las herramientas de autocontrol de las personas son tecnologías y técnicas utilizadas por ellas y sus familias para manejar los problemas de salud fuera de las instituciones médicas formales y se consideran cada vez más como un medio para mejorar la atención clínica.

El aseguramiento de la calidad puede tener un mayor éxito cuando se involucran a los actores fundamentales, para ello existen intervenciones

relacionadas con la calidad y el involucramiento de actores claves a diferentes niveles: gobierno, instituciones de salud, profesionales de la salud y a nivel de las personas, familias y sus comunidades.

A nivel de gobierno está la definición de prioridades nacionales y objetivos de calidad; la provisión de infraestructura de calidad; la mejora de la regulación; el reporte de datos para transparencia y motivación; la inspección y autorización de proveedores de atención médica, y las políticas que favorezcan entornos de aprendizaje, no de castigo. A nivel de las instituciones de salud está la gestión clínica; el establecimiento de estandarización de procesos asistenciales; el apoyo a la decisión clínica; el uso de protocolos de seguridad, y los mecanismos de aprendizaje interinstitucional. A nivel de los profesionales de la salud están los estándares, guías, vías y protocolos clínicos de atención; la supervisión del cumplimiento de las normas de atención; la revisión por pares y auditoría clínica, y la toma de decisiones compartida. Finalmente, a nivel de la participación de las personas, las familias y sus comunidades están la educación de las personas y el fortalecimiento de su autonomía; la retroalimentación que dan las personas usuarias sobre la experiencia de atención, y la participación en la gobernanza de los servicios.

Es importante contar con la voluntad política y el liderazgo de alto nivel, así como la integración operativa de los profesionales del área para que el sistema pueda ofrecer salud universal efectiva con servicios de alta calidad. Asimismo, se deberá involucrar a los ciudadanos para desarrollar un mejor sistema acorde a las necesidades de la población que tome en cuenta un enfoque de acceso y protección financiera. Otro tema para tomar en cuenta es la cantidad de fondos que se destinan al control de calidad o a la mejora de los servicios de salud, en comparación con los recursos destinados al control de calidad en otras industrias. En salud el presupuesto es muchas veces inexistente o demasiado bajo, se requieren inversiones aplicables en todos los niveles, en distintas fases y orientadas a todas las disciplinas del área.

Cada país, cada sistema de salud, deberá considerar su contexto para la atención de los retos de calidad, aplicando acciones basadas en la evidencia que mejoren la toma de decisiones clínicas con un abordaje comunitario preventivo y curativo en las principales enfermedades,

modelos de evaluación de la calidad, aplicación de modelos de gestión permanente, financiamiento y ejercicio de recursos transparente. Los compromisos deberán transformarse en objetivos concretos para la mejora en todas las dimensiones de la calidad.

Calidad e involucramiento de personas y sus comunidades

Las personas usuarias de los sistemas de salud solicitan servicios con más calidad, que sean acordes a sus necesidades de salud individuales y comunitarias, exigen una amplia cobertura, pero, sobre todo, valoran acceso integral, de calidad y oportuno. Lo que se espera es que los sistemas de salud se articulen de manera interinstitucional, entre los diferentes niveles, cambien su actitud y acepten la participación de las personas en su propio cuidado, que la atención sea enfocada hacia las personas. Esto quiere decir que las instituciones de salud deben brindar una atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores individuales y garantice que los valores de las personas guíen todas las decisiones clínicas. Pero, desde la visión integradora de la calidad, se deberán tomar en cuenta las necesidades y circunstancias totales, tanto preventivas como curativas de cada persona, incluso antes de que tenga contacto con los servicios de salud, de tal manera que los sistemas coordinen sus servicios en función de los destinatarios, no a partir de los proveedores de atención médica.

El rediseño de los servicios es clave para la mejora permanente de los sistemas de salud. Para ello, se deberán considerar las políticas, la regulación y la distribución de los recursos, desde una perspectiva integradora a partir de la micro gestión a la macro gestión y viceversa. El Instituto de Medicina de Estados Unidos propone trece principios orientados al rediseño que deberían ser adaptados a cada contexto local, en función de sus recursos, necesidades y modelo de atención, siempre privilegiando la atención centrada en las personas. El nuevo sistema de atención deberá ser guiado por líderes comprometidos que adopten, adapten y apliquen los siguientes principios (Academia Nacional de Medicina 2018):

1. El pensamiento sistémico impulsa la transformación y la mejora continua de la prestación de servicios de salud.
2. La atención médica prioriza las necesidades de las personas, el personal de atención médica y la comunidad en general.
3. La toma de decisiones está basada en la evidencia y es específica del contexto.
4. Las compensaciones en la atención de salud reflejan los valores y las prioridades de la sociedad.
5. El cuidado está integrado y coordinado a través de la experiencia de las personas dentro del sistema de salud.
6. El cuidado hace un uso óptimo de las tecnologías para ser anticipatorio y predictivo en todos los niveles del sistema.
7. El liderazgo, las políticas, la cultura y los incentivos están alineados en todos los niveles del sistema para lograr objetivos de calidad y promover la integridad, la administración y la responsabilidad.
8. El paso de las personas dentro del sistema de salud para recibir atención médica es transparente y fácil.
9. Los problemas se abordan desde su origen, las personas usuarias y el personal de atención médica están facultados para resolverlos.
10. Las personas usuarias y el personal de atención médica participan de manera conjunta en el diseño y transformación de los servicios de salud y se comprometen a mejorar continuamente.
11. La transformación de los servicios de salud se debe a la retroalimentación, el aprendizaje y la mejora continua.
12. La transformación de los servicios de salud es un proceso multidisciplinario con recursos y apoyo adecuados.
13. La transformación de los servicios de salud es apoyada por líderes comprometidos.

Lo esperado es que, a partir de las dimensiones de la calidad, se establezcan mecanismos de evaluación y soporte permanente para los sistemas de salud, que las decisiones en todos los niveles de gestión tomen en cuenta a las personas, en comunidad o de manera individual y se

establezcan mejoras sistemáticas en los componentes del sistema. Se deberá tomar en consideración, de manera inicial, el medioambiente, que representa el contexto de la prestación de servicios y que permite que los servicios de salud se organicen y estén dispuestos a atender las necesidades de salud de las personas desde el primer contacto con el sistema.

Cuando se plantea el tema de la participación de las personas en la gestión de calidad lo que surge inmediatamente son las denominadas «encuestas de satisfacción de los usuarios». Sin dejar de tenerlas en cuenta y valorar la importancia de ellas, solo constituyen un instrumento más de todos aquellos en los que puede involucrarse una persona usuaria. Para establecer una reflexión más amplia es necesario contextualizar cuestiones fundamentales relacionadas al contacto de las personas con los servicios de salud: *Que se solucione el problema de salud que lo llevó a su acercamiento*. El control y seguimiento de un tratamiento, la recuperación total o parcial de la dolencia que lo aqueja y el informarse y ser provisto de las medidas de *screening* y de prevención existentes. Por otra parte, el acercamiento de las personas con los servicios se da en un marco de manejo históricamente asimétrico de la información, a la que hoy quizás deberíamos reconceptualizar la asimetría en desarmonía en mucha parte de la población (hoy quizás la mayoría) por el acceso a información por las redes sociales.

Finalmente, es importante tener en cuenta que la participación de las personas en la mejora de la gestión de la calidad de los servicios de salud está íntimamente ligada al ejercicio de derechos específicos de las personas y sus obligaciones con relación a los servicios de salud. Los países están avanzando en legislaciones que en el ámbito de la calidad protegen diversos aspectos tales como:

1. *A ser asistido por los profesionales de la salud*, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.
2. *Al trato digno y respetuoso*. El ciudadano tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato

- digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
3. *A la intimidad.* Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica de la persona usuaria debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad de este y la confidencialidad de sus datos sensibles.
 4. *A la confidencialidad.* La persona tiene derecho a que todo aquel que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de esta, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización de la propia persona usuaria.
 5. *A la autonomía de la voluntad.* La persona tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Legislaciones que también han avanzado en extender dichos derechos a los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en las terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.
 6. *A la información sanitaria.* Las personas tienen derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el derecho a no recibirla cuando así es la voluntad de la persona.
 7. *A una segunda opinión o a la interconsulta médica.* La persona tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

En el ámbito específico de la calidad, el empoderamiento de estos y otros derechos da pie a la intervención de las personas en el conocimiento y

eventual intervención en la evaluación o participación en los instrumentos de la gestión de la calidad. No debemos olvidar que, en el ámbito de la calidad, no solo existen derechos, sino también obligaciones por parte de las personas y sus comunidades. El mejor ejemplo de esto es el cumplimiento por parte de las personas de los programas de inmunizaciones vigentes.

Volviendo al tema de participación de las personas en la gestión de la calidad debemos relacionar esto con el derecho a la información y conocimiento de esos instrumentos de la calidad en algunos casos y en otros en una participación activa en su construcción. También hay que aclarar que la responsabilidad en el aseguramiento de la calidad en los servicios de salud no es de las personas usuarias sino de quienes prestan los servicios.

Es un derecho de las personas y sus comunidades poder verificar si los componentes estructurales de la calidad de los servicios de salud responden a los requerimientos exigidos. Los componentes estructurales de la calidad se dividen en calidad de los profesionales y técnicos en salud; calidad de la infraestructura, del equipamiento e insumos, y de la calidad del marco básico de funcionamiento estructural, del modelo de atención y de gestión, de la continuidad de los cuidados, etc.

En relación con las y los trabajadores de la salud, es derecho de las personas conocer cuáles son las distintas profesiones existentes en los servicios de salud, su legitimidad como profesionales, a partir de poder eventualmente informarse si disponen de título habilitante y que no existe impedimento para el ejercicio de la profesión, sea la misma de grado universitario, técnico superior o auxiliar. En ese contexto, un tema que genera controversias es el reconocimiento de las especialidades y su legitimación. En el caso de los especialistas médicos, por ejemplo, y teniendo en cuenta los desarrollos científicos-tecnológicos que implican la adquisición de nuevos conocimientos, competencias y habilidades, cabe preguntarse si estos nuevos conocimientos constituyen una nueva especialidad o la profundización del conocimiento que se adosa una especialidad ya reconocida. Esto se ve claramente en la aparición de nuevos procedimientos y que los propios profesionales se presentan como «especialistas de tal o cual procedimiento», o lo que

también es muy preocupante es la demanda por parte de la ciudadanía de «especialistas de tal o cual procedimiento» por referencias o demanda espontánea. Aquí la participación ciudadana es la que tiene el derecho a verificar si los especialistas están legitimados por la autoridad competente correspondiente tanto en el reconocimiento explícito de una especialidad como en tener los necesarios antecedentes académicos que lo validen. Así es la propia comunidad la que se transforma en co-garante de la calidad de los profesionales y técnicos en salud.

En la referencia a la calidad de la planta física las personas pueden coadyuvar a garantizar la misma corroborando las condiciones edilicias visibles, tanto sea en espacio, calidez, seguridad, accesibilidad para todos los asistentes al servicio de atención, por ejemplo a los discapacitados, y que pueden manifestarse en las «encuesta de satisfacción» o en la verificación de los procesos de fiscalización de los centros de salud por parte de las autoridades sanitarias, así como en eventuales señalamientos de déficits de las instalaciones a través de reclamos o denuncias de las mismas.

La calidad del equipamiento obviamente no es responsabilidad de las personas usuarias, pero sí el control social del funcionamiento de estos y los servicios que se prestan adecuadamente en función del funcionamiento del equipamiento.

En relación con la calidad de los insumos, un tema fundamental es la accesibilidad a los medicamentos en tiempo y forma y otro es la introducción de nuevos medicamentos y la presión social que puede generarse al respecto. Acá debemos tener en cuenta que hay que dar participación y debate a las personas que padecen patologías habitualmente crónicas, cuando desde la industria se propone un nuevo medicamento y como se genera la interacción entre servicios de salud y las personas y las familias. En este tema también es cierto que muchas veces la industria ejerce presión a través de las propias personas (La Rosa 2011) sin la valoración adecuada de la efectividad de la oferta de medicamentos y el costo tanto individual como colectivo de la aprobación del uso de un medicamento. Contribuye a la calidad del sistema la participación de las personas en la identificación de necesidades de medicamentos, conocer realmente la efectividad de estos e interactuar con los servicios de salud para la gestión y acceso de estos a toda la población.

La participación de las personas en la calidad de los procesos requiere previamente definir cuáles pueden ser los espacios de intervención en los procesos de gestión no asistencial, en los de gestión asistencial, y en los que guardan relación con la seguridad de las personas usuarias. En la denominada gestión no asistencial, está involucrado todo lo que la gestión administrativa aporta al funcionamiento de un servicio de salud, por señalarlo de algún modo. En lo que puede valorarse por parte de las personas en este tema, por ejemplo, está el otorgamiento de turnos o citas de atención, entrega de análisis y estudios complementarios, tiempo de espera para intervenciones, conexión, fluidez y continuidad, entre los distintos servicios y entre los diversos profesionales actuantes, entre otros. ¿Cuáles son las herramientas para la mejora de la calidad en estos procesos? Fundamentalmente hacer visibles los inconvenientes en todos estos procesos por parte de las personas a través del reclamo denunciando los inconvenientes existentes por iniciativa personal o colectiva (agrupaciones de usuarios, entidades de la sociedad civil), o expresando dichos problemas a través de las instancias de participación social que las instituciones prestadoras desarrollan para tal objeto. Del mismo modo, participando de las denominadas «encuestas de satisfacción» realizadas por la institución.

Con respecto a la calidad de la gestión asistencial, existe la valoración de la denominada «relación médico paciente» que deberíamos ampliarla a «relación profesional de la salud-usuario» o «equipo de salud con personas y sus comunidades», y que tiene que ver con la empatía y trato al demandante de los servicios de salud. Si bien aquí se asigna importancia a la intervención de las personas, cabe reafirmar los derechos de los «pacientes» en esta instancia ya que tener una buena atención de calidad es lo que corresponde y no es una dádiva de los servicios de salud.

Otra potencial intervención de la ciudadanía es su participación o valoración en los procesos de estandarización de procesos asistenciales, EPA. Esta se define como el desarrollo y la implementación de manera uniforme y acordada de especificaciones técnicas, criterios, métodos, procesos y prácticas que pueden incrementar la compatibilidad, calidad, reproducibilidad y seguridad asistencial. Consiste en

la especificación y comunicación de un proceso a un nivel lo suficientemente detallado como para permitir su implementación de manera consistente y verificable por otros usuarios en diferentes momentos y en diferentes entornos. Este proceso se basa en acotar parte de la incertidumbre ante la variabilidad clínica y se traduce en la construcción de herramientas según necesidad y capacidades de los servicios de salud. Estas herramientas pueden ser consensos de expertos, protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica, algoritmos y vías clínicas. Todas estas herramientas, si bien apuntan al mismo objetivo, tienen distinto nivel de profundidad y están supeditadas a capacidades y necesidades de resolución. No hay mejores herramientas, existen las posibles de utilizar y diseñar según los contextos, las capacidades y necesidades. No todos los servicios de salud pueden construir sus propias guías de práctica clínica y no es necesario tampoco. Lo importante es conocer de su existencia, tener capacidad para su adaptación local y tener una voluntad precisa de denominarlas y utilizarlas de acuerdo con su definición. La intervención de la ciudadanía en la construcción de estas herramientas es evaluarlas desde la perspectiva de su comprensión por parte de las personas. Esto incide fundamentalmente en patologías crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, celiaquía, alcoholismo, tabaquismo, etc.) que requieren para su implementación la comprensión por parte de la comunidad para la promoción y prevención vinculada a dichas patologías. Esta comprensión debería traducirse en herramientas para personas con problemas específicos que obviamente mejorarán la calidad de las prestaciones.

Vinculado a la seguridad de los «pacientes», las personas tienen derecho a reclamar por deficiencias en el funcionamiento de los servicios de salud, sean estas cuestiones estructurales o procesales, como condiciones de higiene que repercuten en eventuales eventos adversos. Entre los más importantes, en los prestadores, se destacan las infecciones asociadas a la atención en salud y los errores en administración de medicamentos. Es muy complejo que las personas puedan efectuar un seguimiento de estos procesos a no ser que los mismos produzcan efectos graves en la salud de las personas enfermas, pero ello no obsta al diseño de mecanismos que permitan un control más adecuado

de dichos procesos. Una intervención que comienza a tener relevancia con creciente aplicación es la participación de las personas en los Comités de Gestión de la Calidad y cuyo involucramiento puede incidir en la mejora en los procesos percibidos por la comunidad y susceptibles de dicha mejora.

Corresponde ahora analizar brevemente la participación de las personas y los sistemas de evaluación externa de la calidad de los servicios de salud. Para ello es necesario caracterizar a dichos sistemas, su utilidad y como puede ser la intervención de la ciudadanía en esos procesos.

Por de pronto hay que establecer que existen diversas modalidades de evaluación externa de la calidad en que lo único absolutamente coincidente es que es realizada por evaluadores externos a los servicios de salud, pero que abordan distintas instancias o campos de evaluación. Esta primera definición nos lleva a establecer que no existe una sola modalidad de evaluación externa que sea totalizadora, sino que cada una de ellas contempla aspectos diferentes y quizás complementarios.

¿Qué se busca con los distintos procesos de evaluación externa? En síntesis, se podría decir que constituye una «legitimación» de lo bien que se realizan los procesos en los servicios de salud. ¿Y de qué sirve dicha legitimación? *A priori* esa legitimación debería ser un reconocimiento a la calidad de dichos servicios de salud y una garantía de ello hacia la ciudadanía, que en el caso del subsector privado puede ser parte de su estrategia de comercialización y de posicionamiento estratégico en el mercado. En el ámbito de la evaluación de la calidad, es muy importante que la ciudadanía sepa distinguir los distintos procesos de evaluación externa y los alcances de cada uno de ellos, los que se pueden distinguir esquemáticamente en Certificación de sistemas de gestión de calidad, Premios a la calidad y Acreditación de calidad de servicios de salud.

No corresponde a esta descripción profundizar el significado y alcances de cada modalidad de evaluación externa, pero es importante destacar que la participación de las personas en la valoración de estas modalidades es un derecho que puede ser ejercido para determinar el significado de cada proceso de evaluación externa y, por ende, exigir el cumplimiento de lo determinado en dicha evaluación externa.

Hay que señalar que —una vía creciente a través de la cual las personas expresan su opinión y valoración de los servicios recibidos— es a través de los medios de comunicación, especialmente las redes sociales. Cada vez es más frecuente que personas disconformes con algún aspecto de la atención en salud, tomen fotos, registren videos y hagan denuncias a través de dichos medios. La salud y los servicios de atención están en el foco de atención de la sociedad y son fuente permanente de noticias que captan rápidamente la atención del público. Esto, junto a la facilidad de la tecnología actual que permite a las personas usuarias de los servicios, con sus propios teléfonos móviles, colocar rápidamente hechos y situaciones en redes sociales, abre un nuevo campo de interacción y de participación a lo que los servicios aún no están adaptados. Otro ámbito, que se desarrolla más en extenso en otra sección precedente de esta publicación, es como la vulneración de derechos en el ámbito de la seguridad y calidad de la atención se expresa a través de procesos judiciales con consecuencias civiles y penales para quienes participan prestando servicios.

En conclusión, la participación de las personas en la gestión de la calidad de los servicios de salud requiere fundamentalmente que disminuya la actual asimetría del manejo de la información por parte de los usuarios de los servicios y que se asegure a los ciudadanos el pleno ejercicio de sus derechos. En definitiva, la mejora continua de la calidad de los servicios de salud es una tarea compartida, en que las personas deben exigir y participar activamente en que los procesos de atención se desarrollen correctamente, siendo responsabilidad de los servicios entregar información, asegurar derechos y garantizar dicha participación.

Conclusiones

La calidad en salud debe entenderse de modo sistémico. Las consecuencias de la falta de calidad no solo ponen en peligro la salud de las personas y las comunidades y afecta la eficiencia de los servicios, sino que también daña la valoración y la confianza en los servicios.

La calidad en salud implica transformaciones graduales y permanentes en todos los ámbitos del quehacer sanitario. Transformaciones en las políticas públicas, la legislación, los marcos regulatorios y en la micro gestión clínica. Dichas mejoras continuas, si contribuyen a generar confianza, redundarán o no en una mayor legitimidad y valoración social. Valoración que es determinante en la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Toda organización es valorada por los resultados percibidos de su desempeño. Cuando los servicios no están centrados en las necesidades de personas y comunidades, necesariamente lo están en otros intereses o requerimientos, sean estos dados por el mercado y la industria de la salud, por las corporaciones profesionales, por las dinámicas de la academia o de la investigación. La falta de foco en las necesidades de las personas usuarias es interpretada por la vivencia personal de ellas, o por la instalación y generación de opinión a través de los medios de comunicación y redes sociales.

La materialización del derecho a la salud implica ofrecer acceso universal a servicios de salud de calidad. No es correcto —y quizás engañoso— mejorar acceso a costa de servicios de pobre calidad. Por eso es esencial que los países avancen en desarrollar sistemas de licenciamiento, evaluación y certificación de la calidad, que den garantía a los ciudadanos de que los servicios, además de ser efectivos y eficientes, son dignos, seguros, respetuosos y comprensivos.

En sociedades democráticas, es importante reconocer de manera explícita entre los derechos ciudadanos a la calidad en salud. Para ello hay que definir de modo transparente que se va a entender concretamente como «servicio de calidad» y cuáles serán los mecanismos para verificarlo, incorporando a las personas y sus comunidades en la definición de estándares y en los medios para verificar su cumplimiento. Grandes desafíos son los mecanismos para dicha participación y para el ejercicio público del control social en este tan importante ámbito.

Referencias

- Ansoleaga Moreno, Elisa, Artaza Barrios, Osvaldo, Suárez Jiménez y Julio Manuel, eds.** 2012. *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago: OPS/OMS.
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=799-personas-que-cuidan-personas&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493
- Ghebreyesus TA.** 2018. «Comment How could health care be anything other than high quality?» *Lancet Glob Heal* 18: 2-3.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30394-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30394-2)
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America.** 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- La Rosa Rodríguez, Emilio.** 2011. «Los conflictos de intereses». *Acta bioethica* 17, nro. 1: 47-54.
<https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100006>
- National Academies of Sciences, Engineering y Medicine.** 2018. *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. Washington, DC: The National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/25152>
- Marie-Paule, Kien, Timothy Grant Evans, Stefano Scarpetta, Edward T. Kelley, Niek Klazinga, Ian Forde, Jeremy Henri Maurice Veillard, Sheila Leatherman, Shamsuzoha Syed, Sun Mean Kim, Sepideh Bagheri Nejad y Liam Donaldson.** 2018. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Washington, D.C.: World Bank Group.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/Delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>
- OPS. Organización Panamericana de la Salud.** 2007. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, D.C: OPS.
- _____. 2017. *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*. Buenos Aires: OPS.
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. Organización Mundial de la Salud.** 2009. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. OMS.
https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation y Development and TWB.** 2018. «Delivering quality health services: a global imperative». *European Journal of Hospital Pharmacy* 25: 286-8.
<http://apps.who.int/bookorders>

Gobernanza para servicios centrados en las personas y sus comunidades

Oswaldo Artaza¹ y Ernesto Báscolo²

Introducción

El presente capítulo aborda de modo general aspectos sobre gobernanza en los sistemas de salud, que pudieran ser de utilidad para el fortalecimiento de redes integradas, RISS, basadas en la Atención Primaria de la Salud, APS, y, particularmente, para que estas se orienten a resolver de modo comprensivo e integral las necesidades de las personas y sus comunidades. En el capítulo se tratarán aspectos conceptuales sobre la gobernanza de los servicios de salud, las principales características de la gobernanza de una red integrada de atención de la salud y de la gobernanza de los establecimientos de una red. Asimismo, aspectos específicos sobre la gobernanza de los recursos humanos, de las tecnologías sanitarias y del financiamiento en salud. Finalmente se describen algunos aspectos con relación a la gobernanza del sector y materias regulatorias. Este apartado se escribió antes del inicio de la pandemia

.....
1 Médico pediatra. Magíster en Administración en Salud. Exministro de Salud de Chile. Exdirector de hospital. Exasesor Sistemas y Servicios OPS/OMS. Profesor adjunto *ad-honorem* Instituto de Salud Pública Universidad Austral de Chile. Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas.

2 Economista. Doctor en Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires. Magíster en Economía de la Salud Birmingham University. Magíster en salud Pública Universidad de Rosario. Investigador Conicet en licencia Universidad de Rosario.

COVID-19, crisis sanitaria que expuso grandes debilidades en el ámbito de la gobernanza a nivel global, por lo que al final se hará un breve análisis de algunas lecciones al respecto.

La gobernanza de los servicios de salud

La alta segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, así como las debilidades en su rectoría y gobernanza, se constituye —quizás— en el principal obstáculo para el papel del Estado como autoridad sanitaria y para la efectividad y eficiencia de los servicios.

Por «gobernanza» (Zurbriggen 2011) se entienden los arreglos institucionales de interacción entre el Estado y la sociedad, que regulan a los actores y los recursos críticos del sistema de salud para ordenar los consensos y garantizar la legitimidad, estabilidad y sostenibilidad de las políticas que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud. La gobernabilidad se refiere a la capacidad del Estado para diseñar, conducir e implementar las políticas, haciendo frente de manera positiva a los conflictos que puedan surgir. A su vez, gobierno es la facultad, ya sea de la institución o individuos que tienen la función de gobernar, de tomar decisiones y aplicarlas de modo eficaz y eficiente.

Los procesos de transformación de los sistemas de salud tienen una naturaleza política insoslayable y se pueden analizar a partir de los cambios de la gobernanza promovidos por el ejercicio de la rectoría de las autoridades sanitarias (Báscolo 2010; Báscolo *et al.* 2016; Báscolo *et al.* 2018) y sirven para distinguir y caracterizar diferentes tipos de procesos de transformación de los sistemas de salud. Dichos procesos se presentan desde las lógicas clásicas de Beveridge —los sistemas nacionales de salud, al estilo del sistema inglés—, de la seguridad social en salud de Bismarck, muy propia de varios países europeos, de sistemas basados en el libre mercado, o lo que es más frecuente, desde formas mixtas. Estos procesos son institucionales —porque los cambios en la gobernanza consisten en transformaciones en las «reglas de juego» que regulan a actores y recursos críticos del sector de la salud

(financiamiento, recursos humanos, medicamentos y tecnologías sanitarias). Dichos procesos suceden en el plano de la política, dado que los cambios en la gobernanza son conducidos por la autoridad de salud, junto a un amplio abanico de actores que integran la acción colectiva. Estas transformaciones implican una permanente construcción del papel del Estado, del mercado y de la ciudadanía, requieren de generación de consensos y pactos sociales para viabilizar políticas de largo plazo e implican procesos mucho más complejos en países de estructura federal y que además tienen sistemas de salud fuertemente segmentados y fragmentados.

La función de rectoría, que otorga a las autoridades de salud la conducción sectorial para mejorar la eficacia, eficiencia y equidad del sistema de salud, formular, organizar y dirigir la política nacional de salud hacia el acceso y la cobertura universal de salud (OPS 2014) —en adelante salud universal—, requiere del fortalecimiento o transformación de las estructuras de gobernanza del sector salud. Esta función es más difícil y compleja en países de estructura federal y con sistemas segmentados y fragmentados, lo que obliga hacer esfuerzos adicionales de fortalecimiento como una condición necesaria para fortalecer los arreglos institucionales que modelan el sector salud, expresados por la gobernanza del modelo de financiamiento, los servicios de salud, los recursos humanos, los medicamentos y las tecnologías.

También es necesario considerar actores de jurisdicciones subnacionales —estados y municipios— que desempeñan un papel clave para adecuar o implementar iniciativas en contextos locales, y a actores no estatales —sociedad civil organizada o no, y organizaciones privadas con o sin fines de lucro, con mayor o menor formalidad y visibilidad— que realizan funciones de control social, abogacía e influencia en los procesos de cambio y de producción de servicios.

El concepto de gobernanza ha ido evolucionando hacia una perspectiva que aborda la transformación de los mecanismos institucionales de regulación de actores y recursos críticos del sector de la salud, por tanto, se refiere a los procesos de toma de decisiones estratégicas que afectan de forma directa o indirecta al sistema de salud, donde los diversos actores utilizan recursos de poder para influir en dichas decisiones.

La arquitectura institucional de los sistemas de salud está definida por mecanismos de gobernanza que regulan recursos y actores ubicados en espacios críticos del campo de la salud. Este abordaje permite interpretar aquellas transformaciones de los sistemas de salud que, con el objetivo de alcanzar mejoras en las condiciones de acceso y cobertura, requieren cambios relevantes de la trama institucional del sector.

La gobernanza para alcanzar las RISS, con un modelo de atención centrado en las personas y sus comunidades, requiere de cambios en la regulación de diferentes aspectos que guardan relación con la cultura, valores y las interacciones de los diversos actores involucrados en los modelos de atención y de gestión de la red de servicios de salud. También, con la interacción entre los servicios y las comunidades; y con las regulaciones y relaciones entre los servicios, el inter-sector y los diversos actores sociales que intervienen en los territorios.

Las regulaciones en el interior de las RISS (Báscolo y Artaza 2017) se refieren a las que definen las actividades productivas (cartera de servicios o conjunto de prestaciones) donde estas se realizan (atención en hospitales, en el primer nivel de atención), como se coordinan los servicios y organizaciones entre los niveles de atención (sistemas de referencia y contra referencia, procesos asistenciales en red y continuidad de los cuidados), y como se asignan y gestionan los recursos en la red de servicios de salud. Se refieren también a las normas de gestión en la programación de las actividades, a la organización del trabajo (equipos e interdisciplina), los estándares de los procesos asistenciales (calidad de los servicios, integración de la información) y los mecanismos de participación comunitaria.

En el caso de las RISS, su gobernanza es clave para lograr los objetivos que se requieren y, por lo tanto, es uno de sus atributos esenciales. La postura de la Organización Panamericana de la Salud es que las RISS, para ser tales, deben tener un sistema de gobernanza único, independientemente de que en un territorio existan establecimientos de diversa propiedad o dependencia administrativa. Con relación a la gobernanza de redes y establecimientos, en la [Tabla 1](#) se plantean una serie de elementos específicos (OPS 2018).

Se discute sobre desde cuál arreglo institucional ejercer la gobernanza y gobierno de las redes. Teóricamente cualquier punto o nodo

de la red pudiera ejercer papel de liderazgo y coordinación, pero es difícil que ello suceda dadas las dinámicas de los procesos asistenciales, especialmente cuando algunos nodos tienen mucho más poder e influencia que otros, y hay alto riesgo de coaptar los procesos o diseñarlos desde particulares intereses o miradas parcelares (sobre todo de los hospitales de especialidad). En vista de lo anterior, para que haya buena gobernanza en la red de un territorio, se han de generar arreglos institucionales en la que las decisiones no respondan solamente al interés de algunas organizaciones, de grupos internos o intereses corporativos, de partidos políticos, líderes informales o directivos o líderes locales, sino que también incorporen fundamentalmente las necesidades y la visión de las personas y las comunidades, de modo tal que se dé un equilibrio que permita lograr los objetivos que la red espera de cada nodo o establecimiento de la red a corto, mediano y largo plazos. Ahora, dichas estructuras deben ser livianas, debe evitar la burocracia y el comando control, facilitar la planeación y la toma de decisiones conjuntas, consensuadas y colaborativas, la gestión descentralizada de cada establecimiento o nodo de la red y concentrarse en las actividades de coordinación, que faciliten la fluidez y continuidad de los procesos; la generación de información para gestionar, evaluar y mejorar; y, la capacidad para dar cuenta pública de actividades y resultados.

Es con una gobernanza así descrita que se ha propuesto la conformación de verdaderos gobiernos corporativos para las redes, los cuales debieran incorporar, a modo de junta de administración o consejo directivo, a los representantes de las distintas instituciones con presencia en un territorio, de la población y organizaciones de la comunidad, quienes conjuntamente puedan representar el interés general. Las funciones de ese tipo de gobierno tienen por objeto precisamente hacer viable la buena gobernanza de la red y establecer mecanismos de control que eviten la primacía de los intereses de alguna parte incumbente. Justamente, en este ámbito —el de la gobernanza de servicios integrados en redes— donde más falta aprendizaje ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Características de la gobernanza de una red integrada de atención de la salud y la gobernanza de establecimientos en red.

Característica	Red Integrada	Establecimiento
Gobernanza	<p>Define los objetivos de salud para su población, teniendo en cuenta las prioridades nacionales; asigna funciones a las distintas instituciones y establecimientos de salud que conforman la red.</p> <p>Define una visión estratégica, objetivos y metas para el conjunto de la red.</p> <p>Promueve evitar el clientelismo político en las contrataciones y designaciones. Promueve profesionalización de la gerencia en salud.</p>	<p>El órgano de gobernanza del establecimiento debe poder constatar que su gestión descentralizada se encuentra alineada con la red y traducir los objetivos y estrategias generales en el quehacer de corto y mediano plazo de la institución.</p> <p>Evitar captura del establecimiento por parte de grupos internos o de intereses corporativos.</p>
Participación	<p>Construye una visión general de la población a cargo y modera la evolución de las expectativas y la satisfacción de las personas usuarias. Debe generar instancias de control social, transparencia y cuenta pública.</p>	<p>Debe definir las políticas de participación de las personas usuarias y ciudadanos, incorporar también las instancias de participación de las personas usuarias y dar transparencia a su relación con universidades y la industria.</p>
Cartera de servicios	<p>Define la cartera de servicios y las propuestas de desarrollo para cada establecimiento de la red, lo cual también exige definir qué cosas se deben priorizar y cuáles se deben dejar de hacer.</p>	<p>Debe tener la capacidad de efectuar los ajustes internos que le permitan programar la cartera de servicios requerida por la red y cumplir con objetivos de salud y financieros; y la capacidad para participar en el diseño de los procesos asistenciales de la red y de adaptar su organización y procesos internos al diseño concordado.</p>

Gestión de procesos asistenciales	<p>Construir participativamente rutas críticas o protocolos en red para los principales problemas de salud de personas y comunidades, teniendo al centro el interés y necesidad de las personas.</p> <p>Fijar los flujos de referencia y contra referencia, así como los sistemas de información asociados; también tendrá que definir los sistemas de control, evaluación y retroalimentación y coordinar los procesos logísticos y asistenciales integrados en red; deberá establecer los mecanismos de asignación de recursos y ligarlos a resultados de producción, eficiencia y calidad.</p> <p>Apoyar la gestión descentralizada de cada establecimiento.</p>	<p>Ajustar estructura organizacional (unidades de producción) y procesos asistenciales y logísticos del establecimiento a cartera de servicios requerida por la red.</p> <p>Participar en el diseño de los procesos asistenciales de la red y adaptar su organización y procesos internos al diseño de la red.</p> <p>Definir los mecanismos para desarrollar talento humano, aplicar tecnologías, asignar internamente los recursos, posicionarse y establecer su imagen corporativa de manera alineada con objetivos de la red.</p>
-----------------------------------	---	---

Fuente: adaptado de *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales* (OPS 2011).

Se puede señalar la existencia de un fenómeno de múltiple captura de los servicios públicos de salud, que dificultan que estos puedan efectivamente orientarse con todo su potencial a resolver las necesidades de personas y comunidades (Artaza y Lastra 2018). Dicho fenómeno de captura está dado por elementos políticos (clientelismo); de mercado (presiones de la industria, de las personas usuarias como consumidores, de los profesionales como agentes económicos); corporativos (presiones de grupos de interés). De manera evidente en la medida de que el fenómeno de la captura es mayor, menor será la capacidad del servicio de orientarse al usuario y sus necesidades. Ante dicho fenómeno, surge la alternativa de externalizar o privatizar los servicios con la pretensión de que el mercado podría resolver este problema, desconociendo los serios fallos que el mercado tiene en salud. El fenómeno de captura no ha sido estudiado suficientemente, existiendo solo referencias a la forma más extrema de esta que es la corrupción y el uso ilegal de recursos

públicos. Sin duda hay múltiples formas de captura, más sutiles y normalizadas en la cultura de las organizaciones, todas las cuales tienen como común denominador descentrar a los servicios, colocándolo hacia intereses distintos a los de las personas y sus comunidades. Algunas de estas se describen en la [Tabla 2](#).

Tabla 2. Tipos de captura de la prestación de servicios

Algunos tipos de captura	Descripción	Posibles áreas de oportunidad
Clientelar	Influencia indebida de partidos políticos en decisiones técnicas y en el nombramiento de cargos.	<p>Profesionalización de la gerencia de los servicios.</p> <p>Sistemas de servicio civil para la designación de cargos independiente de la influencia de partidos políticos.</p> <p>Concursos públicos para ingreso y promoción en los establecimientos.</p> <p>Sistemas formales de cuenta pública (accountability).</p> <p>Gobiernos corporativos de las redes con independencia de la coyuntura político-partidaria.</p>
Mercado	Influencia del mercado en las decisiones de salud sea por a) presiones de la industria por introducción de tecnologías sanitarias, b) actuaciones monopsonicas por parte de grupos de especialistas.	<p>Desarrollo de competencias para evaluación de tecnologías.</p> <p>Políticas de inversión y de abasto en ámbitos de las tecnologías alineadas con necesidades de salud de personas y comunidades.</p> <p>Competencias de las autoridades sanitarias (rectoría) para regular las prácticas profesionales, la formación de especialistas, su distribución y los mecanismos de contratación, a fin de impedir acciones monopólicas y de cartel.</p>
Corporativa	Influencia indebida de gremios o sindicatos en el gobierno de los servicios.	<p>Estructuras de gobernanza de los servicios que coloque siempre por delante el interés de personas y comunidades, y que equilibre participación de trabajadora/es de la salud, de la sociedad civil y de las comunidades.</p> <p>Cultura organizacional de participación, respeto y de diálogo.</p>

Fuente: elaboración propia.

Gobernanza de los recursos humanos para una atención centrada en las personas y sus comunidades

La gobernanza de los recursos humanos para la salud, RHUS, es un componente central de la dimensión regulatoria que debería asumir la rectoría de las autoridades de salud sobre múltiples actores —con responsabilidades y objetivos particulares— pertenecientes a diversos sectores, como la educación y la salud, que responden a disímiles intereses, ya sean públicos o privados, con o sin fines de lucro. Una gobernanza y un liderazgo eficaces buscan canalizar, ordenar e incentivar estos diversos intereses legítimos para que los servicios estén centrados en las personas y sus comunidades (ACP-C). El campo de políticas de RHS abarca la formación de los/as futuros trabajadores de la salud, su inserción y desempeño en el mercado de trabajo y aspectos relacionados con el marco de desarrollo del RHUS (algunas de ellas sistematizadas en la [Tabla 3](#)). Avanzar hacia APC-C implica establecer un conjunto de políticas, regulaciones e intervenciones para ordenar y alinear la producción, las competencias, la movilidad interna y externa de los profesionales, el empleo, las condiciones laborales y la distribución del personal en relación con las necesidades, por solo nombrar algunos aspectos cruciales.

Tabla 3. Aspectos fundamentales para un marco de desarrollo orientado a la transformación de los sistemas hacia servicios centrados en las personas y sus comunidades

	Marco tradicional	Marco para la transformación de los sistemas hacia ACP-C.
Concepción	Fuerza de trabajo no protagonista. Un «recurso» productivo más.	«Capacidad» esencial o primordial. Factor estratégico determinante de la innovación y calidad del servicio.
Gobernanza	No hay capacidad de regular a instituciones formadoras, ni de intervenir sobre mercado laboral.	Mecanismos formales y efectivos de gobernanza y conducción para alinear a instituciones formadoras hacia objetivos de sistema de salud. Capacidad de modular distribución, retención y desarrollo del recurso humano según necesidades de salud.

Políticas	Débil capacidad de identificar necesidades de recursos humanos y de planificar y regular formación, distribución y mecanismos para incentivar recurso humano en sistemas estructurados en redes integradas basadas en APS.	Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza, acción conjunta de sectores salud, trabajo y educación. Formación y mercado de trabajo regulado y alineado con estrategia de salud universal.
Educación	Definida por el mercado. No sistemática ni relacionada con necesidades de salud de personas y comunidades. Se desarrolla en el hospital. Formación «estanco» según profesiones.	Definida por políticas públicas. Relacionada con planificación sanitaria para ajustar a necesidades de salud de las poblaciones presentes y futuras. Sistemática y continua. Se desarrolla en toda la red, campus clínicos esencialmente ambulatorios, el pregrado se desplaza hacia el primer nivel de atención y la comunidad. Formación tiende a la integración de equipos desde el inicio con currículos compartidos.
Sistemas de selección y reclutamiento	Criterios generales y burocráticos. Clientelismo político.	Según perfiles de competencia profesionales y humanas acordes con las necesidades productivas y de trabajo en equipo.
Condiciones de trabajo	Salarios poco competitivos, especialmente en primer nivel de atención. Heterogeneidad de regímenes laborales. Ausencia de incentivos asociados al desempeño y a resultados de los equipos. Poca atención a clima laboral y salud del trabajador. Gestión del personal autoritaria y vertical. Escaso diálogo entre trabajadores y usuarios. Presencia de importantes niveles de violencia, acoso y mal trato. Alta conflictividad laboral. Espacios organizacionales en que el tono emocional predominante es de resentimiento, resignación, intolerancia y falta de confianza.	Salarios que incentivan el trabajo en el primer nivel de atención, el desempeño y la calidad de la atención. Sistemas de «carrera funcionaria» más homogéneos y basados en el mérito, el aprendizaje, la calidad y el desempeño (resultados sanitarios). Atención estratégica al clima organizacional y a espacios saludables. Gestión del personal centrado en contextos para el aprendizaje, el cambio y el desarrollo integral de los trabajadores. Diálogo permanente entre trabajadores y usuarios. Sistemas de solución de controversias y de manejo de conflictos. Espacios organizacionales en que el tono emocional predominante es de confianza, respeto y positividad.

Estilo de gestión	Burocrática y jerárquica. Intuitiva o «amateur». Escasa atención a ámbitos como trabajo en equipo, participación social, interculturalidad y género.	Liderazgo participativo y profesional, con alta sensibilidad a necesidades de las personas que trabajan en salud y a quienes reciben los servicios.
Prácticas predominantes	Prácticas estáticas según usos y costumbres tradicionales, medicalizadas y centradas en el hospital. Débil papel de las «profesiones paramédicas», concepto de «equipo» es más bien declarativo que real. Pobre reconocimiento y rol institucional de enfermeras y obstétricas. Escasa participación y poder de comunidad y de los usuarios. Divorcio entre «curar» y «cuidar», entre clínica y administración, entre acciones sobre la población («salud pública») y sobre las personas. Trabajo en «estancos» o feudos al interior de los establecimientos de salud y entre estos.	Prácticas en constante revisión por aprendizaje para mejora continua. Prácticas centradas en la estrategia de APS. Papel creciente, flexible y de alto reconocimiento a todas las profesiones. Equipos interdisciplinarios reales, en que el liderazgo y los roles se reparten según las necesidades de personas y comunidades. Usuarios y comunidades empoderados con alto nivel de autonomía y participación. Procesos sobre poblaciones y personas, clínicos y de los cuidados integrados. Redes efectivas basadas en vinculaciones para la colaboración.
Contextos para la mejora	Sistemas de información poco desarrollados y heterogéneos. Mecanismos e institucionalidad para la regulación de la calidad débiles. «Carreras funcionarias» no vinculadas al aprendizaje y a la mejora y mecanismos de pago no vinculados al desempeño y a la calidad.	Sistemas de información integrados y útiles para la toma de decisiones. Capacidades institucionales para diseñar políticas de calidad, regularlas y acompañar su instalación. «Carreras funcionarias» altamente motivantes del aprendizaje y la mejora, junto a mecanismos de pago a establecimientos y equipos vinculados con desempeño y calidad.

Fuente: Adaptado de *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales* (OPS 2011).

Se reconocen cuatro dimensiones de gobernanza en relación con los recursos humanos: a) la formación de recursos humanos, b) la profesionalización, c) la regulación de las prácticas profesionales y d) la regulación del mercado de trabajo (OPS 2018). La formación de recursos humanos comprende la educación de pregrado, posgrado, y su relación con el

mercado de trabajo, así como la educación continua durante la práctica profesional. Es necesario garantizar que todo el personal de salud tenga las competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades. La garantía de competencia abarca un continuo desde la educación de pregrado al posgrado.

En el pregrado: la reorientación de la educación hacia la atención primaria de salud; la adquisición de habilidades para el trabajo colaborativo e interdisciplinario; la creación de los perfiles de competencia de los/as futuros profesionales y el establecimiento de exámenes nacionales únicos. En el posgrado las garantías de competencia se establecen en la regulación de los programas de residencia médica y de educación continua; y los requerimientos de recertificación periódica para determinadas profesiones.

La profesionalización se refiere a la regulación profesional de las actividades de los actores que intervienen en la producción de los servicios de salud. Se requieren nuevas definiciones de profesiones, con perfiles, incumbencias y especializaciones alineadas con los desafíos de la construcción de los modelos de atención integrales e integrados, centrados en las personas y las comunidades (Báscolo 2010). La *regulación de las prácticas profesionales* está asociada a la definición de estándares de la práctica y a los instrumentos e instancias de evaluación del desempeño del profesional de la salud. Por último, la *regulación del mercado de trabajo* se refiere tanto a las condiciones de trabajo (carga laboral) como a las características de su contratación (la estabilidad laboral, mecanismos de negociación colectiva y formas de pago).

Con respecto a una «carrera laboral» de los/as trabajadores de la salud, que facilite los cambios hacia una atención centrada en las personas y sus comunidades, involucrando a los actores, será importante en el futuro alinear incentivos no solo con las necesidades de quienes trabajan, sino que fundamentalmente con las de quienes reciben los servicios ([Tabla 4](#)).

Tabla 4. Una carrera sanitaria y remuneraciones para atención centrada en las personas y sus comunidades

Modo tradicional	Ámbitos de transformación para ACP-C
Pago por horas jornadas contratadas no asociadas a resultados.	Parte relevante de la remuneración de técnicos y profesionales está asociado a resultados sanitarios, satisfacción usuaria, desarrollo de competencias para ACP-C y también a logros organizacionales internos en el ámbito de mejoras en condiciones psico laborales.
Empleos «propiedad» del funcionario (inamovilidad) versus empleos precarios y sin seguridad social (muchas veces coexisten ambas formas en un mismo establecimiento).	Empleos estables con seguridad social y modalidades de desvinculación claras y objetivas (en las situaciones que no se cumplen con competencias técnicas y valóricas requeridas para ACP-C).
Empleos estáticos sin posibilidades de desarrollo.	Modelos de «carrera» que estimulen capacitación, movilidad y responsabilidad.
Sistemas de calificación del desempeño formales y desvinculados con políticas de gestión del talento. Incentivos económicos individuales y no ajustables dinámicamente según necesidades de las redes.	Sistemas de evaluación enfocados en la retro alimentación y la mejora de las prácticas. Incentivos o reconocimientos (monetarios o no), fundamentalmente colectivos asociados a resultados e impacto en necesidades prioritarias de personas y sus comunidades.

Fuente: elaboración propia.

La gobernanza de la tecnología y los medicamentos para ACP-C

Con respecto a las tecnologías sanitarias en un modelo de ACP-C, se debe poner atención a su regulación, selección, adopción, difusión y uso bajo un prisma de costo-efectividad, de integración de servicios y de continuidad de la atención. La consecución del acceso universal a medicamentos y a tecnologías de salud con alta calidad, seguridad, eficacia y accesibilidad son posibles mediante la adopción de políticas y

marcos jurídicos regulatorios que aseguren el ejercicio de las funciones de rectoría de las autoridades de salud para asegurar que las tecnologías costo efectivas estén accesibles para todas las personas y sus comunidades, independientemente de su condición laboral, socioeconómica o de hábitat.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones, TICS, son potentes instrumentos de integración, ejemplos abundan en el área de soluciones informáticas en los ámbitos de manejo de datos, interoperabilidad y comunicaciones: ficha clínica electrónica; agendas en línea; telemedicina, utilización de dispositivos móviles para mantener contacto entre los centros de atención y las personas usuarias, entre otras herramientas que cambian día a día con la velocidad de la innovación de la tecnología actual. Todas estas soluciones pueden constituirse en ayudas efectivas, en la medida de que realmente los procesos estén integrados desde las personas, sus hábitos de trabajo y formas de organización. Las TICS, aceleran y facilitan procesos bien diseñados, asimismo nos amplifican los fallos, ya que evidentemente no integran mágicamente; implican además mucho gasto de energía en gestión del cambio. Cuando no se han mejorado previamente los procesos y no se han previsto los esfuerzos en implementación suelen haber fracasos. Es esencial que las TICS se diseñen e instalen como medios para mejorar el acceso y oportunidad de la atención, el desarrollo de capacidades humanas y la educación e información para el autocuidado y fomento de la salud, no como fines en sí mismos, ni como instrumentos orientados solo a facilitar requerimientos de especialistas o de los niveles centrales. Antes de grandes inversiones de tiempo y dinero en herramientas como el expediente clínico electrónico, hay que asegurar contar con instrumentos —muchas veces más sencillos y económicos— que favorezcan la conectividad, la cooperación entre establecimientos y faciliten el acceso y la continuidad de la atención de las personas tales como sistemas de agendamiento remoto de turnos (citas de atención) y de referencia y retorno. Sin duda que construir redes tecnológicas es un desafío, tejer redes humanas un imperativo.

La definición sobre qué puede ofrecer una red a toda su población como derecho que en la práctica puede materializarse y darse garantía

en salud de modo universal, conlleva capacidades para priorizar y para establecer sobre qué protocolos o guías. Por lo tanto, asegurar la dotación y disponibilidad de la tecnología necesaria que asegure el acceso a servicios de calidad y seguros en la red, incluye definir conjuntos de tecnologías —incluido los medicamentos— que se entenderán como esenciales, junto a establecer los mecanismos eficientes para su compra y abasto de modo de proveerlos de manera oportuna y continua. Junto a lo anterior, hay que abordar el tema del uso racional de medicamentos, especialmente los de alto costo, la disposición de capacidades para planificar inversión en infraestructura y tecnologías con base en criterios de racionalidad y necesidades de salud priorizadas para el manejo y mantenimiento de instalaciones y equipos biomédicos.

La consecución del acceso universal a medicamentos y a tecnologías de salud con alta calidad, seguridad, eficacia y accesibilidad para todas las personas y sus comunidades, son posibles mediante la adopción de políticas y marcos jurídicos regulatorios que aseguren el ejercicio de las funciones de rectoría de las autoridades de salud para fortalecer la gobernanza de todas las etapas del curso de vida de estos productos. La gobernanza de estos procesos incluye: a) un abordaje sobre la oferta, considerando desde la innovación y el desarrollo de nuevos productos, hasta la regulación de la calidad de su producción y o su comercialización; b) aspectos centrados sobre la demanda, incluyendo mecanismos que definan los criterios de su inclusión en la cobertura de los sistemas de salud, en las decisiones de inversión, como así también su prescripción racional, y c) otros factores que influyen sobre el acceso efectivo de estos productos, como la determinación de los precios de mercado y el funcionamiento de los sistemas de dispensación de estos productos.

En relación con los aspectos centrados en la oferta, las autoridades de salud deberían cumplir un papel crítico en el direccionamiento de la innovación y del desarrollo del sector productivo industrial relacionados con la salud para que este atienda las necesidades de salud de las personas y sus comunidades y no solo persiga intereses comerciales. La gestión de los derechos de propiedad intelectual desde una perspectiva de salud pública debería promover patentes de alta calidad y la creación de medicamentos innovadores, a fin de evitar al mismo tiempo

la extensión inapropiada de la exclusividad del mercado y facilitar la entrada oportuna de productos genéricos de fuentes diversas. Estas políticas deben estar supeditadas a las políticas nacionales de salud y alineadas con las políticas de desarrollo social, de ciencia y tecnología, y de desarrollo industrial, debido a la importancia de estos productos y sectores en el progreso económico.

Una vez en el mercado, los procesos de producción y comercialización de los medicamentos y otras tecnologías de salud deben ser estrictamente regulados y fiscalizados. El ejercicio de las agencias de evaluación de tecnologías y de regulación con esta función ha sido considerado una condición necesaria para facilitar el desarrollo de mercados de medicamentos y tecnologías con una oferta que garanticen la eficacia y la calidad de sus productos.

La gobernanza de las condiciones de la demanda incluye desde planeación de las decisiones de inversión y de desarrollo de polos de desarrollo para estructurar la oferta asociada a las necesidades de personas y comunidades, y la regulación de los criterios para incluir estos productos en la cobertura de salud, como la regulación e incentivos para una prescripción y consumo racional. La incorporación, prescripción, dispensación y el uso inadecuado de medicamentos y otras tecnologías de salud son de alto impacto tanto en los costos como en la efectividad de los servicios.

Por último, la gobernanza de estos productos incluye estrategias similares que abordan tanto aspectos del diseño de las redes y su nivel de resolutivez, como factores económicos asociados con la definición del nivel y la estructura de los precios relativos. Mientras algunos países sostienen diseños centralmente planificados de las redes de atención y mecanismos de regulación de precios, otros han promovido estrategias de negociación de decisiones de inversión y del poder de compra del sector público, como compras conjuntas, nacionales o regionales. En forma complementaria, un proceso de planificación integral y transparente de la cadena de suministro de estos productos representa un aspecto crucial para asegurar el acceso a la salud. Este proceso de planificación debería partir de la definición de las necesidades de estos productos (cuáles y dónde) y su financiamiento, la adecuación de los sistemas de

cobertura, reembolso, compra (y/o producción pública) y la distribución y suministro correspondiente.

Con el objeto de consolidar innovación, eficiencia, equidad y valor social añadido de las tecnologías como principios rectores, ha mostrado utilidad el desarrollar agencias independientes que asesoren en materias de regulación, adopción, uso y evaluación de las tecnologías. Al nivel de la gestión clínica es importante que en los establecimientos se cuenten con profesionales farmacéuticos que trabajen en equipo con el médico, junto a la existencia de comités de farmacia que contribuyan al uso racional y basado en evidencia de medicamentos e insumos, especialmente en aquellos de mayor riesgo y alto costo.

La gobernanza del financiamiento para ACP-C

El acceso efectivo y oportuno a servicios de atención centrados en las personas y sus comunidades, no es posible sin un sistema de financiamiento que proporcione los recursos públicos suficientes para materializarlo sin barreras económicas. Es importante tender gradual pero decididamente a la eliminación de todo pago de bolsillo de las personas usuarias (generalmente por exámenes de laboratorio o medicamentos esenciales que los centros de salud no disponen), ya que en la práctica se constituyen en potentes barreras, especialmente a las poblaciones vulnerables que más necesitan de los servicios.

Cuando se habla de «suficiencia» de los recursos, no solo es relevante la proporción del gasto en salud sobre el producto interno bruto, PIB, sino que dicho gasto sea público y no de bolsillo. La resolución de OPS sobre acceso y cobertura universal en salud (OPS 2014) habla de —al menos— alcanzar un 6 % del gasto sobre el PIB, señalando expresamente que dicho gasto debe ser público. He allí el desafío ético y político fundamental en la mayoría de los países de las Américas: lograr más recursos públicos para salud.

Una forma recomendable para garantizar la protección financiera es a través de arreglos comunes para compartir el riesgo (mancomunación de fondos). Esto debe llevarse a cabo de manera que las personas

aporten según su capacidad y reciban los servicios según sus necesidades, permitiendo la transferencia de recursos de los individuos sanos a los enfermos y redistribuyendo los de quienes poseen más hacia quienes tienen menos. Asimismo, la mancomunación tiene una lógica de eficiencia al disminuir los costos de administración y diluir los riesgos de los individuos de padecer problemas de salud entre el mayor número posible de personas, de tal forma que la contribución que debe de aportar cada individuo sea lo más pequeña posible.

Lo primero siempre será tener claro los objetivos en salud —cuáles son las necesidades de personas y comunidades— en un territorio determinado. Desde allí, es necesario que la planificación financiera incluya consideraciones de corto, mediano y largo plazo y defina aspectos relacionados no solo con la producción, sino que también con la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, de modo que esté en sintonía con las necesidades sanitarias de la población.

Una gobernanza del financiamiento para ACP-C debe asegurar que los incentivos estén alineados con un modelo de atención que tenga como eje a la estrategia de APS, lo que debe traducirse, al menos, en una proporción consistente y creciente del gasto en salud hacia el nivel ambulatorio; en la introducción gradual de asignaciones e incentivos que favorezcan el trabajo en red y que traspasen equilibradamente el riesgo a los prestadores; en el hecho de favorecer que los centros de salud conozcan y otorguen las atenciones y prestaciones que la red le demande sobre la base de las necesidades priorizadas de la población (cartera de servicios), con la mayor calidad posible y sin que tengan que disminuir actividades costo-efectivas por efecto de una asignación de recursos insuficiente.

Para dicha gobernanza, un hecho determinante es que las políticas de asignación de recursos y los incentivos generados entreguen a los equipos de salud las señales adecuadas y faciliten que se produzcan los cambios y adaptaciones requeridas. Para lo anterior es clave que las políticas de asignación sean el producto de una negociación continua «arriba-abajo» y «abajo-arriba», de manera que las peticiones de la autoridad (objetivos sanitarios) se encuentren con las peticiones de los equipos (recursos para hacer bien lo que saben hacer) y de allí surjan

compromisos respetados por las partes y que tengan como pivote común la necesidad del usuario de los sistemas de salud. Estas negociaciones deben traducirse en contratos explícitos, controlables y evaluables. Y deben generar condiciones para retroalimentar y mejorar. Sin duda, como en otros ámbitos, la base esencial de estas, como de otras negociaciones, será siempre la confianza (OPS 2011).

Es importante, sobre todo en los hospitales, que las unidades de producción (aquellas que generan un producto hospitalario intermedio —procedimientos diagnósticos o quirúrgicos— o uno final —egreso o consulta—) conozcan sus costos, directos e indirectos, y tengan información actualizada y periódica sobre cantidad, calidad y costos al objeto de que puedan tomar decisiones correctas. Esencial para una buena gobernanza es que los equipos clínicos conozcan y participen en la planeación de metas de producción sobre la base de las necesidades de personas y sus comunidades.

Mecanismos regulatorios de la producción y el consumo de bienes con impacto sobre la salud de las personas y sus comunidades

El fortalecimiento de la rectoría de las autoridades de salud también se ha manifestado en la emergencia y el perfeccionamiento de los esquemas de regulación de la producción y el consumo de bienes masivos (por ejemplo, los relativos a la industria alimentaria, el uso de pesticidas, la regulación del consumo de alcohol, drogas y tabaco, y el cuidado del medioambiente) para actuar sobre los factores de riesgo con impacto sobre la salud de las personas y sus comunidades.

Estas estrategias consisten en mecanismos de regulación de actividades no controladas por los sistemas de salud, con alcance nacional e influencia relevante sobre las condiciones de salud de la población. Sin embargo, se debe destacar el fuerte papel que desempeña la gobernanza global, definido por los acuerdos internacionales.

El avance de la función regulatoria de las autoridades de salud también se debe al apoyo de los movimientos sociales y la sociedad civil

organizada. Estas alianzas han permitido incorporar a las autoridades de salud en espacios de decisión económicos y comerciales, tradicionalmente alejados de su incumbencia y reservados para los ministerios de finanzas y de comercio.

Conclusiones

La construcción de sistemas de salud estructurados en RISS basadas en la APS, que buscan orientar sus servicios a resolver las necesidades de personas y comunidades, requiere de transformaciones de gobernanza con influencia sobre los principales recursos críticos (financieros, recursos humanos, servicios, medicamentos y tecnología) de esos sistemas de salud. La transformación de los sistemas de salud de la región no ha tenido una dinámica homogénea, pero en las diferentes lógicas que subyacen a tales procesos de cambio, la rectoría y la gobernanza se constituyen en aspectos centrales, aunque se manifiestan con características particulares.

En nuestros países, los cambios en el sector salud han transitado ritmos y etapas diversas. Pero compartimos que dichos cambios son fundamentalmente evolutivos; deben considerar los aspectos políticos y sociales del contexto; deben transparentar las reales posibilidades de sustentabilidad económica; deben establecer alianzas con la propia ciudadanía y centrarse más en objetivos que en aspectos instrumentales. Salud universal es un tremendo desafío político. Ese y no otro es el desafío de rectoría y de gobernanza que tendremos en los próximos años.

La pandemia por COVID-19 expuso cómo a nivel global tenemos capacidades y mecanismos para regular y ponernos de acuerdo sobre los movimientos del capital y las mercancías, en paralelo a las debilidades para dar gobernanza global ante las crisis sanitarias. De la misma manera, en los países se observaron diversas capacidades para dar gobernanza a la respuesta a la pandemia. En ello, jugaron entre otros ámbitos, la apuesta por la estrategia territorial de testear, trazar y aislar; la confianza y credibilidad de la población en sus autoridades e instituciones;

la capacidad y disposición de los gobiernos de generar protección social que posibilitara disminuir la movilidad de las personas; el manejo transparente, oportuno y veraz de la información y de las comunicaciones; y la voluntad de propiciar la participación y las respuestas locales organizadas. Un importante factor de éxito o de fracaso en la respuesta de los países a la pandemia, guardó relación con la gobernanza de la crisis. Este hecho, sin duda, fortalecerá en el futuro el debate sobre cómo fortalecer la gobernanza en salud tanto local como globalmente.

El tema de la gobernanza y de la construcción social de consensos es un aspecto al que no se le ha dedicado toda la atención que amerita. Sin duda, el diseño de las políticas públicas del mañana tendrá necesariamente la obligación de darle un papel fundamental a los procesos de interlocución social, con el objeto de dar legitimidad a dichas políticas, quizás en este tópico redunde que «salud universal» pueda hacer posible el sueño de «Salud para Todos» con la consiguiente validación social de ello.

Referencias

- Artaza O. y J. Lastra. 2018. «La nueva reforma que necesita Chile: la reforma de los prestadores». *Cuad Méd Soc* 58, nro. 1: 27-33.
- Artaza, O. y E. Báscolo. 2017. «Rectoría y gobernanza para las Funciones Esenciales de Salud Pública: aspectos conceptuales». En *Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal*, 71-90. Buenos Aires: OPS. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34026/9789507101274_spa.pdf?sequene=1
- Báscolo, E.P., N. Yavich y J.L. Denis. 2016. «Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study». *Family Practice* 3: 207-18.
- Báscolo, E., N. Houghton y A. Del Riego. 2018. «Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud». *Rev Panam Salud Pública* 42: e126.
- Báscolo, E. 2010. «Gobernanza de las organizaciones de salud basados en atención primaria de salud». *Rev Salud Pública* 12, nro. 1: 8-27.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2014. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Resolución 53.o Consejo Directivo, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7652>

- . 2018. *Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas*. Washington, D.C.: OPS.
https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=401hospitales-en-redes-integradas-de-servicios-de-salud&category_slug=documentos-estrategicos&Itemid=224
- . 2011. *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales*. Santiago: OPS.
http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf
- . 2014. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Resolución 53.o Consejo Directivo, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS.
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7652>
- . 2018. *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. Resolución 56.o Consejo Directivo 70a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45773-cd56-10-s-pda-rh-773&Itemid=270&lang=es
- Zurbriggen, Cristina. 2011. «Gobernanza: una mirada desde América Latina». *Perfiles latinoamericanos* 19, nro. 38: 39-64.
http://www.scielo.org.mx/scielozphp?script=sci_arttext&pid=So188-76532011000200002&lng=es&tlng=es

La formación del recurso humano para sistemas centrados en las personas, familias y comunidades

Jacques Girard, Javier Santacruz, Carolina Tetelboin,
María Soledad Barría, Daniela Álvarez,
Fernando Tomasina y Arnaldo Medina¹

Introducción

Este capítulo suscribe una postura que considera la aspiración hacia un sistema de salud universal como piedra angular de un bien público, garantista para el cumplimiento del derecho a la salud de la población. De relevante valor social, ese derecho debe basarse en una Atención Primaria en Salud, APS, integral y renovada, de acuerdo con el enfoque promovido por la Organización Panamericana de la Salud en su último informe (OPS 2019). El personal de salud constituye el elemento central para establecer nuevas Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS,

.....
1 JACQUES GIRARD: Médico especialista en medicina comunitaria. Maestría en salud pública en la Universidad de California, Berkeley. Exconsultor internacional de OPS/OMS. Director de Salud Global de la Facultad de Medicina de la Universidad Laval, Quebec, Canadá.

JAVIER SANTACRUZ VARELA: Médico especialista en Medicina Familiar. Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Exconsultor internacional OPS/OMS. Jefe de la Subdivisión de Posgrado de Medicina Familiar en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

CAROLINA TETELBOIN: Profesora investigadora de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Directora Revista Salud Problema UAM-X México.

MARÍA SOLEDAD BARRÍA: Médica Internista. Directora y Profesora del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Exministra de Salud de Chile y exconsultora internacional en materias de redes y recursos humanos para la salud.

operando con efectividad y capacidad resolutive por función según nivel, con la participación creciente de la población, cambiando nuestras perspectivas centradas en entornos hospitalarios para transformar la atención a las personas usuarias y a la ciudadanía hacia respuestas adecuadas, apropiadas y eficaces para la salud y bienestar de la población. Reducir las brechas de salud supone una participación proactiva de un personal de salud con nuevas competencias para enfocar prácticas hacia los determinantes sociales de salud con un trabajo territorial y comunitario. La formación es uno de los aspectos estratégicos que puede contribuir a este cambio de paradigma, centrado en una APS integral, donde las universidades, en particular las públicas, tienen un rol protagónico. Retomamos el consenso internacional acerca de la responsabilidad social, la misma que se vincula a un verdadero compromiso ante la sociedad, a nivel de nuestras facultades en ciencias de salud, para influir significativamente en la educación de profesionales en nuestro entorno académico en relación con las necesidades de salud y de su sistema a través de una mirada universal. La formación y la colaboración interprofesional, para trabajar en equipos, así como la educación permanente en servicio son retos claves para cumplir en mejores condiciones con el compromiso de alto nivel de las instituciones que se dedican a la formación del personal de salud, comprometiéndose socialmente y valorando la inversión en los recursos humanos en salud, RHUS, para atender a toda la población sin excluir a nadie. Otro de los rubros a los

.....
DANIELA ÁLVAREZ: Socióloga (UBA). Magíster en Metodología de la Investigación Científica. Diplomada Superior en Redes de Servicios de Salud. Directora de Difusión del Conocimiento, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Referente Área de Investigación y coordinadora académica del Programa de Investigación en Políticas y Gestión de Redes de Servicios de Salud (Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche).

FERNANDO TOMASINA: Médico especialista en Salud Ocupacional, Administración de Servicios de Salud, y Epidemiología. Maestría en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud en la Universidad Politécnica de Valencia, España. Profesor Titular del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay.

ARNALDO MEDINA: Médico, Especialista Universitario en Salud Pública (UNLP). Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Economía y Gestión de la Salud. Rector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Director del Programa de Investigación en Políticas y Gestión de Redes de Servicios de Salud (ICS-UNA). Se desempeñó como secretario de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) y director fundador del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner (Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires).

que alude este capítulo es el de la lógica de la formación y del mercado laboral en salud, que deben organizarse alrededor de un proyecto social con objetivos comunes en función de lograr la satisfacción de necesidades de salud (Artaza *et al.* 2020).

En este capítulo se analizarán diferentes dimensiones para identificar el reto de los RHUS y profundizar la vinculación en el ámbito universitario, entre el sector educativo y el de los servicios de salud. La formación en este contexto genera debates, a la vez que hay algunos posicionamientos y consensos vigentes. La perspectiva interdisciplinaria que debería adoptar la formación está ligada a la generación de capacidades en el equipo de salud para cuestionar la manera de pensar los problemas sanitarios. La estrategia territorial con las RISS se presenta como un ámbito ideal para capacitar al personal de salud, valorando la base comunitaria y el nivel local a través de la concepción de la APS renovada, generando nuevos desafíos para la formación universitaria en el contexto de los nuevos perfiles profesionales y competencias que se requieren.

Dimensiones políticas, sanitarias, educativas y operativas para problematizar sobre los Recursos Humanos en Salud

Hay elementos clave que necesitamos tomar en cuenta en el contexto de la formación del personal de salud que se resumen en las siguientes preguntas: ¿a quiénes, para qué, con qué?, ¿cómo y dónde lo formamos? Abordar la cuestión del mercado laboral no debería ser el vector determinante de la formación del personal de salud, pues no se trata de un proceso neutro. Lo que debiera alentar la operación de las instituciones académicas, las mismas que están presionadas de manera continua por las lógicas de mercado, son las orientaciones internacionales hacia la mantención de la finalidad pública y social de la formación, para el bien común y el compromiso con el derecho universal a la salud y la democratización de nuestras sociedades.

Por otra parte, no podemos negar la realidad de que, en varios países de las Américas, los sistemas de salud siguen siendo desarticulados,

fragmentados, segmentados, donde aún pesa más el mercado, imperfecto en salud, como lo afirman los economistas. En las últimas décadas, los sistemas de salud se han mercantilizado. Estas características evidencian que las redes de servicios integrados de salud en varios países siguen siendo una aspiración y no una realidad. Un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS, fue impulsado por la OPS (2010) como parte de la renovación de la APS, por considerar que es «una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud» que puede hacer realidad varios de sus elementos esenciales. Supone, además, el asumir por parte del Estado de la rectoría en salud a fin de garantizar el derecho a la salud de la población. Ese modelo de organización basado en RISS (Figura 2 del capítulo «Modelo de atención centrado en las personas y sus comunidades»), es un marco con atributos pertinentes para orientar la formación del personal de salud hacia las competencias profesionales necesarias.

De forma explícita, en el modelo se refleja la presencia de una APS como base del sistema de salud a través de redes para el cumplimiento al derecho a la salud (OPS 2019). Es la estrategia para lograr que toda la población tenga asistencia sanitaria esencial desde el primer nivel de atención, con acceso universal real y resolutivo, y entrada a redes más complejas de atención, sin barreras y con las intervenciones necesarias. Para garantizar el cumplimiento de los valores con los que opera la APS como la equidad, la justicia social y la solidaridad, se requieren componentes estratégicos como, en primer lugar, un modelo de financiamiento que pueda garantizar una proporción más significativa del gasto público en salud, respecto del sector hospitalario. Desarrollar el modelo de RISS y llevar a la práctica los principios y componentes estratégicos y programáticos de la APS, requiere, sin duda, de la formación de profesionales de salud de diversas disciplinas con competencias específicas y compartidas para conseguir equipos interprofesionales de trabajo en salud, capaces de realizar prácticas interdisciplinarias. Es aquí justamente donde se requiere la articulación del sistema de salud con el sistema educativo y sus instituciones, con el propósito de armonizar la formación con las necesidades sociales y del sistema de salud.

Como parte de la serie «La Renovación de la APS en las Américas», la OPS (2008) publicó el nro. 1 con el nombre de «Sistemas de Salud Basados en la APS - Estrategias para el Desarrollo de los Equipos de Salud», informe en el que define las competencias que dichos equipos deben tener. Estas competencias tienen como referente los elementos esenciales de la APS como son los componentes estratégicos y programáticos antes citados. Entonces, existe la necesidad de reflexionar acerca de preguntas claves como:

- a) ¿Es idónea la formación actual para el trabajo en el modelo de APS integral e integrado y las RISS?
- b) ¿El personal de salud que se forma actualmente tiene las competencias profesionales para trabajar en RISS?
- c) ¿De qué manera participan las RISS en la formación/capacitación de los RHUS?
- d) ¿Qué incentivos tiene (o debería tener) el personal de salud para trabajar equipos interdisciplinarios en RISS?
- e) ¿Cuáles son o deberían ser los principios o directrices que deberían guiar la formación de RHUS para llegar a un sistema público universal a través de la estrategia de la APS integral y las redes de servicios desde la situación actual de los países de la región de las Américas?
- f) ¿Existe el acercamiento necesario entre los sistemas de salud y las RISS con las instituciones educativas para la planificación de personal sanitario?
- g) ¿Existen incentivos suficientes para fortalecer la formación y contratación de personal para el primer nivel de atención, históricamente rezagado?

Es obvio que resulta necesario abordar estas preguntas, entre otras muchas, para encontrar elementos en común entre los sectores de salud y educación (en particular las universidades) para conseguir la mejor formación, disponibilidad, contratación y distribución de RHUS que requieren los sistemas de salud y las RISS. A partir de estos objetivos comunes, necesitamos formular realísimamente principios clave que puedan ser de

utilidad para quienes tienen a cargo la formación de RHUS en los países, que por lo general les toca a las universidades públicas.

Sistema de Salud y Sistema Educativo en el ámbito universitario: sinergias, tensiones y estrategias

En la región de las Américas suelen haber tensiones en la gobernanza de los sistemas de salud, ya que, si por una parte son los determinantes sociales quienes modulan la salud de la población, suelen ser los determinantes políticos quienes definen el acceso al derecho a la salud. Muy cerca de ese escenario, el mundo universitario que debería estar a la vanguardia de la transformación de nuestros sistemas de salud sigue frecuentemente una lógica de reproducción social para que se consuman más servicios, tecnologías y medicamentos, que privilegia los intereses económicos, frente a una ciudadanía que necesita más que nunca posicionarse con un proyecto de sociedad equitativo y más justo, ante las perspectivas de salud en un mundo cada vez más globalizado y con nuevos retos de salud.²

Desde la perspectiva de los autores del capítulo, se considera al sistema de salud como la piedra angular para lograr el derecho universal a la salud, pero desde un enfoque donde dicho sistema está centrado en las personas, la colectividad y el bien público, y en el que la APS es la estrategia fundamental para conseguir la asistencia sanitaria de toda la población. Este enfoque definido en 1978 en la Declaración de Alma Ata y ratificado recientemente en 2018 en la Declaración de Astaná, Kazajstán (OMS 2018), es hoy más que nunca una estrategia necesaria para hacer frente a la enorme carga de morbilidad por padecimientos no

.....
2 En Uruguay, desde 2007, como ejemplo, se está procesando una reforma de salud que ha ido progresivamente a la universalidad de prestaciones, con fuerte impronta de APS, con la creación del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) que tiene tres ejes: cambio de modelo de atención, cambio del modelo de financiación y cambio en el modelo de gestión. Con relación al cambio de modelo de atención, la Universidad de la República cumplió un rol importante a partir de cambios curriculares y de articulación con el sector público del SNIS.

transmisibles y en gran medida prevenibles, así como para involucrar a los Estados, otros sectores y a la propia comunidad en la modificación de los determinantes sociales de la salud, sin lo cual, esta será una meta inalcanzable. En la Declaración de Astaná se acepta que el éxito de la APS depende del financiamiento y las tecnologías, pero, sobre todo, del desarrollo de conocimientos y capacidades, así como de los recursos humanos en salud. Debido a ello, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos reunidos en Astaná, ratificaron el compromiso por «seguir invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de la atención primaria de la salud, velando por que tenga una combinación adecuada de competencias». Pero también en dicha declaración establece que el gran reto es proporcionar un trabajo decente y la remuneración apropiada para las y los trabajadores de salud, especialmente para los que laboren en el primer nivel de atención y presten sus servicios en zonas rurales y las poblaciones más pobres, las que desde siempre siguen siendo las marginadas de los bienes y servicios públicos.

En su publicación reciente del «Informe de la Comisión de alto nivel» acerca de la salud universal, la OPS apunta a diez recomendaciones orientadas a poner en el centro la salud pública como eje orientador de la respuesta del Estado más allá de la prestación de servicios, incorporando las dimensiones económica, social y cultural de los determinantes sociales a través del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas que incidan en las condiciones de vida, trabajo y salud; que fomenten la mirada intercultural, participativa y con equipos de salud empoderados y con capacidad crítica para comprender los procesos de determinación social; aumentar el financiamiento público, fortalecer la rectoría pública de los Estados sobre los intereses privados, adaptando los procesos institucionales y la normatividad para su cumplimiento como en la compra y uso de tecnologías de la salud; fortalecer el modelo integral e integrado de atención; eliminar las barreras al acceso y a las intervenciones, y formar recursos humanos en salud con enfoque de atención primaria en pre y posgrado, equipos de salud integrales y con una redistribución adecuada (OPS 2019).

Sin duda la adecuada disponibilidad y distribución de personal de salud es fundamental para lograr la salud universal. Sin embargo, en 2006, la Organización Mundial de la Salud alertó sobre el déficit de 4,3 millones de trabajadores de salud, el cual aumentó a 7 millones en 2013 y se prevé que llegará a 15 millones en 2030, déficit que se agudiza por su concentración en zonas urbanas. El déficit de este personal dificulta el logro de la salud universal, dificultad que ha sido analizada en los Foros Mundiales de Recursos Humanos para la Salud. El primero de ellos efectuado en 2008 aprobó la Declaración de Kampala en la que se pide a los gobiernos atender el déficit de personal sanitario; el segundo de 2011 recomendó mejorar el financiamiento para garantizar la formación de personal de salud; y el tercero de 2013 aprobó la «Declaración política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud», la cual destaca el papel central de los recursos humanos para lograr la salud universal.

Con el fin de atender este déficit y lograr las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Organización de las Naciones Unidas aprobó en 2015 la Resolución 70/220 sobre «Desarrollo de Recursos Humanos», que exhorta a los Estados Miembros a «formular estrategias a corto, mediano y largo plazo que mejoren de manera eficaz sus capacidades en materia de recursos humanos». La OMS por su parte aprobó en 2016 la «Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030», que insta a los Estados Miembros a subsanar las disparidades entre necesidades, demanda y oferta de personal sanitario, así como a mejorar su distribución (OMS 2016). Para reducir el déficit de 800.000 trabajadores de salud en la región de las Américas, la OPS (2018) aprobó el «Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023».

Anteriormente la OPS adoptó en 2017, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana, una postura interesante para avanzar en el logro de la salud universal y de las metas sanitarias de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que coloca la capacitación de los RHUS al centro de las necesidades de las mismas comunidades, enfatizando la importancia de los equipos interprofesionales para todas las personas y en todos los lugares, así como de la rectoría y de las políticas intersectoriales

de inversión a favor de la salud. Solo mediante políticas de este tipo se puede fomentar y mejorar no solo la formación del personal de salud, sino también su contratación, distribución y remuneración digna. Es cierto que las instituciones académicas pueden contribuir a desarrollar las competencias para fomentar tales redes integradas de servicios de salud, como lo vemos en la [Figura 1](#).



• Figura 1. Representación de los retos en materia de RHUS para la salud universal.

Fuente: OPS 2017

Es evidente que el tema de RHUS es complejo y requiere de políticas públicas que apoyen su formación, contratación, distribución y adecuada remuneración, y además el involucramiento no solo de los Ministerios de Salud sino también de los de Educación, Finanzas y Empleo, es decir, un abordaje multisectorial. Para este abordaje, el rol de los Estados en el liderazgo para el cambio es central y no delegable para actuar en la generación de políticas públicas, así como el dialogo social necesario para los cambios en los diferentes sectores. En la región de las Américas aún hay camino por recorrer en la definición de políticas públicas para la formación de recursos humanos para la salud. Un estudio realizado por ALAFEM-UDUAL (2017) en el que participaron 105 escuelas de medicina de 17 países, muestra que en 6 de ellas existe un déficit marcado en la definición de políticas públicas para la formación de médicos, en 4 están medianamente definidas y en 7 la definición de políticas es mejor. Esta situación refleja que aún es necesaria la abogacía de los organismos internacionales de cooperación en salud como la OPS/OMS, para que los países definan políticas públicas que orienten la formación de personal sanitario.

Si aceptamos que las universidades tienen un rol clave como instituciones formadoras de RHUS a través de un compromiso social explícito para cumplir cada vez más con las necesidades en salud, deben fortalecer su vínculo con el sistema de salud para asumir dicha responsabilidad y contribuir al logro de la salud universal garantizando el acceso a todos los que lo necesitan, ya que se trata de un bien público por fortalecer y valorar. En ese escenario, es fundamental que un conjunto de actores estratégicos establezca alianzas que permitan enfrentar en conjunto la responsabilidad o compromiso social para conseguir el derecho a la salud, como se muestra en la [Figura 2](#).

EL PENTAGRAMA PARA MOVILIZAR A LOS SOCIOS



• Figura 2. Pentagrama de la colaboración para fomentar la responsabilidad social.

Fuente: Boelen/OMS 2000.

En ese escenario, es fundamental que un conjunto de actores estratégicos establezca alianzas que permitan enfrentar en conjunto la responsabilidad o compromiso social para conseguir el derecho a la salud, como se muestra en la Figura 2. La academia tiene entonces que armonizar sus esfuerzos con todos los socios y actores involucrados, a saber: los gestores de salud, el personal de salud, los tomadores de decisión y sobre todo las mismas comunidades a quien rendir cuentas. El pentágono de colaboración de la Figura 2 (Boelen/OMS 2000) ayuda a aclarar la importancia de moverse en un entorno con múltiples actores para la convergencia en la salud de toda la población.

*Debates en torno a la formación de RHUS:
posicionamientos y consensos a nivel nacional e
internacional*

En cuestión de formación del personal de salud existe, sin duda, la necesidad de generar espacios sociales para el debate tanto a nivel nacional como internacional. Este debate, como lo hemos visto, debería incluir a todos los actores sociales, comenzando por las comunidades, los integrantes de los servicios de salud, así como a sus decisores y la comunidad académica. Aspectos centrales que discutir en lo concerniente a los perfiles profesionales, son preguntas tales como:

1. ¿Qué profesional médico o enfermera se necesita en relación con las características sociales, culturales, económicas y epidemiológicas de las comunidades que habitan un territorio?
2. ¿Qué destrezas, conocimientos, habilidades deberá adquirir durante su formación inicial y luego toda la vida el profesional de la salud, que permita avanzar en modelos de atención centrados en la estrategia renovada de APS?
3. ¿Cómo mantenemos el diálogo entre instituciones tan diferentes como las del ámbito universitario y las instituciones asistenciales o entre la comunidad y la universidad?

Consideramos que estas son algunas de las preguntas que habrá que fomentar en diferentes foros y espacios sociales. Sin duda, también ese cuestionamiento es parte de la profundización de la democracia de nuestras sociedades. El debate también deberá incluir las prácticas de enseñanza existentes y cuánto de las mismas contribuyen al desarrollo de redes asistenciales integrales. Se considera importante, para enriquecer dicho diálogo y reflexión, reconocer las experiencias exitosas, así como los fracasos o dificultades, avances o retrocesos con relación a la formación de los profesionales de la salud.

Hoy identificamos experiencias contrahegemónicas que se apartan de los modelos tradicionales de formación, intentando avanzar hacia modelos curriculares con crecientes espacios interdisciplinarios. Espacios

que permiten el tránsito horizontal entre las carreras de la salud y de las ciencias sociales y que contienen ciclos comunes, rompiendo con modelos de currículos tubulares inconexos, que poco contribuyen a la mirada interdisciplinaria y por tanto al trabajo en equipo. Por otra parte, estas experiencias, además, jerarquizan la importancia del espacio comunitario durante la formación de grado, favoreciendo entre otros aspectos la comunicación con el sujeto comunitario, individual y colectivo. Es además una oportunidad de acercarse a las reales condiciones de vida y de trabajo de las comunidades, que resulta ser, asimismo, un sustrato central para entender las profundas relaciones entre lo social y lo biológico. Creemos que estas experiencias son parte de la solución o respuesta a algunas de las preguntas realizadas anteriormente, que contribuyen a los cambios en los sistemas de salud, facilitando la mirada integral de los problemas de salud por parte de los profesionales y estimulando a ejercer una práctica multidisciplinaria.

Además, son un ejemplo de cómo desde la formación de los profesionales o técnicos de la salud se puede contribuir a la transformación de los sistemas como garante del derecho a la salud. El arraigo a modelos educativos tradicionales basados en la práctica individual con unidades de atención desarticuladas y con modelos de atención orientados a la curación, es parte del problema que dificulta los cambios en los sistemas: hablamos de equipos de salud y predomina la formación de grados aislados.

Otro aspecto para considerar es cómo incorporamos la formación de valores éticos y humanos, además de enfocar las competencias técnicas necesarias para el ejercicio profesional. Un camino que ya varias universidades han iniciado, es a través de la incorporación ética al currículo, entendiéndola más allá de lo exclusivamente relacionado con los dilemas clínicos. El desarrollo durante la formación de aspectos que contemplen conceptos de humanidades médicas es también otra forma de trabajar en valores por parte de las instituciones académicas. Por otra parte, el compromiso o responsabilidad social que las comunidades deben reclamar a nuestras instituciones universitarias está en relación al sentido social de las mismas. En tal aspecto, la educación como derecho, especialmente la universitaria, debería generar en aquellos que

accedieron a una profesión un sentido de deber, de compromiso o responsabilidad social para que a su egreso se conviertan en profesionales emblemáticos en los procesos de transformación social.

En el campo de la educación médica, en 2010 se llegó a un consenso sobre la reflexión iniciada tres lustros atrás por Boelen y Heck (1995) a través de un documento de la OMS, el cual de forma explícita señalaba que las facultades de medicina no deben permanecer expectantes ante las transformaciones que realizan los sistemas de salud para mejorar la atención sanitaria y el nivel de salud de la población. La sociedad reclama que las facultades de medicina orienten sus planes de educación, investigación y de servicios hacia las necesidades prioritarias de salud de la población, las cuales deben ser identificadas y definidas con la participación de la población misma, es decir, mediante la participación comunitaria. Tal reclamo exige que la educación médica supere y vaya más allá del enfoque de Flexner que predominó a lo largo del siglo XX, para incorporar nuevas facetas y dimensiones como el humanismo, la solidaridad, el enfoque social, la asociación con el sistema de salud, así como el replanteamiento de los estándares de educación, investigación y servicio, además de preservar la mejora continua de la calidad, la cual debe ser verificada mediante procesos de acreditación. Efectivamente, estos enfoques y prácticas académicas acordadas mediante consenso global de 130 organizaciones y personas provenientes de todo el mundo reunidas en Sudáfrica deben servir de referente para enfocar la responsabilidad social de nuestras facultades y para instrumentar las diez vertientes que propone el consenso global conseguido (Global Consensus for Social Accountability 2010).

Los consensos antes citados se deben transformar en una obligación efectiva para orientar la docencia de las facultades de medicina y ciencias de la salud, la investigación y los servicios dirigidos a la población hacia los problemas de salud más importantes de la comunidad, región o nación que atienden. Esas preocupaciones deben estar determinadas por los gobiernos, las organizaciones de salud, el personal de salud y la población. Una facultad socialmente comprometida o responsable debería así:

- a) responder a las necesidades y desafíos vigentes de salud anticipando el futuro de la sociedad;

- b) reorientar en función de las misiones de formación, investigación y atención a la comunidad a cargo;
- c) fortalecer la gobernanza y los vínculos con socios y actores sociales,
- d) y evaluar el impacto sobre la salud de la población de referencia en un territorio delimitado.

Para que las facultades de medicina puedan alinear sus programas académicos con las necesidades de salud de la población y los requerimientos de los sistemas de salud, es imprescindible movilizar toda la planta docente e investigadora, pero también a profesionales y estudiantes, para cuestionar y revisar sus programas académicos. Para alinear los programas académicos, se requiere:

- a) orientar el cambio para hacer una diferencia en el interactuar de futuros egresados con poblaciones viviendo en situación de vulnerabilidad por los determinantes sociales de salud;
- b) asociar a grupos excluidos por el desarrollo socioeconómico y marginalizados por la globalización que nos obligan a modular nuevas formas de atenderlos;
- c) involucrar a socios que puedan influir la conducta académica y que impactará al mismo sistema de salud,
- d) e introducir un liderazgo transversal y amplio.

Consideramos que falta una respuesta explícita a ese compromiso institucional, para que el personal, capacitado según ese nuevo paradigma, sea cada vez más protagónico ante el cambio social que vislumbramos para mejorar la salud. La responsabilidad social es un pilar transformador para la academia, que exige de un compromiso institucional de la docencia y de la investigación ante la sociedad.³ Este proceso (Boelen 2016) puede fluir en una gradiente caracterizada por la determinación de necesidades sociales, objetivos institucionales, calidad de los egresados,

.....
³ Hay universidades que lo han incorporado en su planeación y currículo, como es en el caso de la Universidad Laval en Quebec con la Oficina del Vicedecanato en responsabilidad social desde 2015.

enfocado en la evaluación y en los perfiles de los evaluadores. En su fase final los objetivos son definidos por la facultad, la calidad que se busca de los egresados es que sean «buenos prestadores» y el foco puesto por evaluadores internos está en los procesos. En una fase de mayor madurez de la responsabilidad social de la facultad, los objetivos son puestos por la propia sociedad, los programas están completamente contextualizados, se busca que la calidad de los egresados esté caracterizada por su capacidad de ser agentes de cambio y el foco de una evaluación en conjunto a la sociedad está puesto en los impactos logrados.

La evaluación inicial, como de las subsiguientes fases, requiere de instrumentos con criterios estandarizados que permitan valorar de manera objetiva los progresos en la asunción de la responsabilidad social por los centros formadores y, en ese sentido, las instituciones formadoras de Latinoamérica tienen un considerable rezago respecto a países anglosajones, porque apenas existen experiencias incipientes y en la mayoría de ellas es un tema escasamente abordado por los cuerpos académicos.

La Asociación Europea para la Educación Médica, AMEE, impulsa desde hace varios años un premio internacional para la excelencia educativa en escuelas de medicina, odontología y veterinaria, ASPIRE, a través del cual y como parte de la excelencia, se valora que tenga incorporado el componente de responsabilidad social entre otras áreas de excelencia. Los procesos de acreditación están desarrollando también cada vez más estándares en esta área.

En años recientes, la OPS desarrolla con socios protagónicos un instrumento de medición de algunos indicadores de responsabilidad social para ser utilizado en Latinoamérica (I-SAT 2017), el cual se espera sea de utilidad para las instituciones académicas. El instrumento I-SAT incluye 6 componentes principales, 11 temas y 47 indicadores. Estos componentes son los siguientes ([Figura 3](#)):

1. Reclutamiento selección y apoyo a los estudiantes, que explora si la institución garantiza la diversidad cultural, socioeconómica y la equidad de género.
2. Reclutamiento y desarrollo del profesorado.

3. Programa educativo, que se centra en la exploración del contenido curricular, los métodos de aprendizaje y los tipos y sitios donde se realizan las experiencias educativas.
4. Actividades de investigación, que explora si se realizan investigaciones con base comunitaria.
5. Gobernanza en la institución educativa, que explora el compromiso y capacidad para buscar socios, colaboradores y establecer alianzas estratégicas.
6. Distribución de los egresados e impacto social.



● Figura 3. ISAT para instrumentar los indicadores de la Responsabilidad Social.
 Fuente: The ISAT working Group (OPS, THEet, Beyond Flexner, ASPIRE, 2017).

«Interdisciplina» en salud: avances y nudos críticos para pensar los problemas de salud

La complejidad, la diversidad y las transformaciones que atraviesan al campo sanitario requieren de la planificación e implementación de sistemas de salud basados en una APS renovada. En este contexto, los equipos de salud necesitan de formación y competencias interprofesionales basadas en conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan responder de manera oportuna, integral y efectiva a las necesidades de salud de la población y a los nuevos escenarios.

La renovación de la APS, y con ella el desarrollo de las RISS, exige una transformación profunda en las estrategias de abordaje sociosanitario y consecuentemente en los programas de formación de los profesionales de la salud, orientándose a promover el desarrollo de competencias para equipos multidisciplinarios de APS. Los desafíos para las políticas de RHUS están directamente asociados con la estrategia de APS y con el desarrollo de los equipos en los diferentes ámbitos de los sistemas y servicios de salud, de este modo resulta fundamental el trabajo conjunto entre las áreas de formación de RHUS y los servicios de salud (OPS 2008).

El contexto internacional aporta numerosas evidencias respecto a la relación entre la atención centrada en las personas y la atención interprofesional. El logro de esta última requiere del desarrollo de innovadores modelos de formación que incluyan perspectivas interdisciplinarias propiciadas por la implementación de estrategias de interacción entre los diversos conocimientos que integran al campo de la salud. Hay que pensar en un nuevo modelo de formación que debe incluir la formación interprofesional, es decir, espacios fundamentalmente de formación teórica y de prácticas, dónde se formen en conjunto los diferentes profesionales. Pero, en definitiva, el gran debate se centra en poder salir del modelo médico tan jerárquico para dar paso a un modelo más horizontal y, entre otras cosas, para ello se han creado los nuevos currículos integrados de formación.

El concepto de formar en competencias interprofesionales a los equipos de salud nos interpela cada vez más. La OMS promueve la importancia que los planes de estudio apunten al desarrollo de equipos

interprofesionales, sin embargo, persisten aún algunos obstáculos a superar para su consolidación, entre otros: «la escasa difusión y comprensión del concepto de interprofesionalidad, las diferencias culturales entre las profesiones para la atención de la salud, el diseño curricular de los planes de estudio y problemas logísticos y de organización» (Gómez-Clavel *et al.* 2018).

La estrategia de APS resulta un escenario clave para la formación y trabajo interprofesional, en tanto constituye la base sustantiva para la equidad y la accesibilidad sanitaria de las poblaciones, dando cuenta de tres factores estructurantes que hacen a la complejidad del campo sanitario y sus prácticas: su anclaje territorial, su vinculación con otros niveles de atención y su capacidad de articulación en el espacio local-comunitario de recursos asistenciales, profesionales, tecnológicos y de gestión de conocimientos e información. En este primer nivel de atención, el sistema de salud despliega la base de su organización y es el punto de encuentro de diversos profesionales que no solo atienden población enferma, sino que además realizan prácticas de promoción de salud, de prevención de enfermedades, de control de factores de riesgo y estimulan formas de vida más dignas. Avanzar en modelos efectivos de planificación de estrategias e intervenciones conlleva al desafío de superar esquemas teóricos desarticulados de los determinantes del contexto, de las particularidades de cada espacio local y de las prioridades socio-sanitarias de las poblaciones, asumiendo que el trabajo en salud es precisamente sinergia de competencias y de conocimientos colectivamente producidos.

Actualmente, uno de los retos fundamentales que se presentan es el de dotar a los sistemas de salud con RHUS en número suficiente y adecuadamente capacitados, de forma que sea el primer nivel de atención el lugar donde se puedan resolver la mayoría de los problemas sanitarios de la comunidad (Nebot, Rosales y Borrell 2009). Para que el primer nivel de atención pueda actuar como eje articulador del sistema de salud, es preciso que los profesionales involucrados desarrollen un conjunto de competencias que les permita responder oportuna y efectivamente a las necesidades de la población. La agenda de salud sostenible de las Américas 2008-2018 establece la necesidad de fortalecer la

gestión y el desarrollo de las personas que trabajan por la salud y no solo por la enfermedad, y tal propósito supone el desarrollo de competencias en el primer nivel de atención para los equipos multidisciplinarios. La articulación de instancias formativas y laborales en los servicios de salud del primer nivel y el enfoque de competencias, como instrumento relevante para vincular educación y trabajo, son elementos fundamentales para la consolidación de equipos de salud con capacidades resolutivas en la programación y desarrollo de intervenciones orientadas a la atención, prevención y promoción de la salud en cada espacio local. Pero además fortalece el concepto de formación permanente, vinculado y garantizado en el vínculo laboral del trabajador de la salud como profesional.

Conciliando diversos matices, el concepto de «competencia» refiere a la actuación integral y compleja, destinada a resolver problemas con experticia, con compromiso ético y poniendo en juego diversidad de saberes teóricos, prácticos y actitudinales. Ampliando esta concepción «las competencias se definen como el conjunto complejo e integrado de funciones, capacidades y habilidades que los profesionales del área pueden desempeñar en diversas situaciones reales de trabajo, para resolver los problemas que ellas le plantean, de acuerdo con los estándares de profesionalidad y criterios de responsabilidad social» (Davini y Duré 2013). Todo implica realizar cambios profundos en los diseños curriculares de las profesiones de la salud, a fin de que definan perfiles de egreso basados en competencias, cuyo desarrollo requiere una capacitación de los docentes para la enseñanza por competencias y diseñar procesos de evaluación.

Asumiendo estos enfoques, problematizar sobre el desarrollo de competencias en equipos de salud del primer nivel de atención, vinculados a las RISS, requiere de miradas que den cuenta de la complejidad que atraviesa el tema en por lo menos cuatro dimensiones.

1. *Una dimensión política-sanitaria* vinculada a la planificación y a las propuestas del sistema de salud para la adecuación de los equipos a las necesidades sociosanitarias de las poblaciones y sus características epidemiológicas. Así también la capacidad

institucional del sistema para desarrollar programas de distribución equitativa de los profesionales en las diferentes regiones y para implementar modelos innovadores de gestión de los equipos de salud.

2. *Una dimensión educativa-formativa* vinculada a la necesidad de articular las políticas de salud con las políticas de formación y con el desarrollo de mecanismos de interacción entre ambos espacios que permitan adecuar la formación de las y los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad.⁴ De este modo se produce una verdadera oportunidad para la formación de RHUS con perfiles acordes a los nuevos escenarios sociosanitarios y epidemiológicos, así también para la producción de conocimientos científicos y tecnológicos vinculados a los procesos de atención. Para alcanzar dichos objetivos se necesitan generar dispositivos sociales que permitan el dialogo interinstitucional y algunas experiencias interesantes han sido la generación de observatorios de RHUS.
3. *Una dimensión operativa* vinculada a las prácticas que se desarrollan e implementan en los escenarios concretos de los servicios de salud, y a las brechas que se presentan muchas veces entre los modelos conceptuales y estas prácticas. En este sentido, la dimensión operativa pondría de manifiesto alcances y barreras, que en las prácticas cotidianas y desde las vivencias de los propios actores modelan los grados de implementación de las competencias interprofesionales estratégicas.
4. Una dimensión financiera vinculada con una mayor asignación de recursos económicos y una redistribución del gasto en salud para fortalecer la contratación de profesionales que requiere el primer nivel de atención y los servicios que en dicho nivel se proporcionan a la población con una perspectiva interdisciplinaria.

.....
 4 Un cambio de paradigma en la formación de los profesionales de la salud exige la coordinación de acciones entre las políticas sanitarias y las universidades. La intersección entre lo asistencial y lo académico, en el contexto orgánico de una política sanitaria y educativa, representa un desafío sustantivo para generar saberes y prácticas interprofesionales que fortalezcan las respuestas del sistema de salud.

Los equipos de salud en APS para una estrategia territorial enfocada en las RISS y con una base comunitaria a nivel local

Los servicios de salud con base territorial y poblacional constituyen espacios político-institucionales en los cuales convergen distintos recursos (presupuestarios, organizacionales, tecnológicos, regulatorios, humanos, simbólicos) cuyas relaciones determinan el modelo de atención, sus formas de gestión y su «operativización» a nivel del territorio, en términos de garantizar la accesibilidad de la población a la salud. Un análisis integral de los determinantes de la accesibilidad en cada espacio local debiera ir más allá de la identificación de las posibilidades de ingreso de la población a los servicios de salud en términos de accesibilidad inicial. Por el contrario, una concepción ampliada e integrada acerca de la accesibilidad de la población a los servicios de salud debiera abarcar todo el proceso de atención, requiriendo entonces no solamente analizar la relación población-servicios, sino también las relaciones de los servicios entre sí y entre los equipos de salud que los integran. En cuanto a la capacidad de estos equipos de dar respuesta adecuada y continuada en función a la complejidad de los problemas de salud.

Conceptualmente, y de acuerdo con la definición de la OMS en sus sucesivos documentos marco, la APS es «la asistencia sanitaria esencial, accesible a todas las personas y familias de la comunidad, a través de medios aceptables, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad» (OMS 2008). En esta línea, Medina y Álvarez (2017) sostienen que promover el trabajo en red y desarrollar sinergias organizativas tendientes a la mejora de la calidad y accesibilidad a la salud desde APS requiere del fortalecimiento de los nodos, es decir de los sistemas locales y sus equipos de salud. En el espacio local, la APS renovada se materializa en las RISS como efectores de responsabilidad territorial, conceptualmente son el primer contacto del sistema de salud con las personas y sus comunidades y tal como se señaló en un capítulo anterior

más que solo una «puerta de entrada». En la práctica, la efectividad de esta estrategia implica el cumplimiento de un conjunto de atributos claves para alcanzar una atención adecuada y oportuna para las poblaciones bajo cobertura.

Desde este enfoque, siendo la APS el anclaje de la política sanitaria que a nivel local se refracta en los demás niveles del sistema de salud, su desempeño resulta estratégico para avanzar en la efectiva cobertura universal de la salud. Dicho desempeño resultará efectivo en tanto, en la práctica, accione conforme a los atributos que la definen. En este sentido, varios autores proponen medir el desempeño de APS a través de una serie de indicadores (atributos) que den cuenta de su condición de eje desde donde se organiza el sistema de salud, de los vínculos e interconexiones que se establecen desde este nivel para el trabajo en redes, y de la capacidad de cercanía y accesibilidad real que alcancen con la comunidad. Las investigaciones sobre esta temática han consensuado y desarrollado una batería de indicadores específicos para dar cuenta del funcionamiento de los servicios de salud en APS: accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, integralidad, capacidad resolutive, coordinación asistencial y aceptabilidad (Chiara 2012).

En esta perspectiva, los RHUS adquieren centralidad en la implementación de políticas y programas de la estrategia de APS en el territorio local. No obstante, en esta cuestión entran en juego, y en tensión, dos modelos de planificación del recurso humano: el «descendente» y el «ascendente». El primero se destaca por la mirada general de los problemas y por la incorporación de los profesionales en actividades de capacitación con contenidos predefinidos; el segundo privilegia la identificación y el análisis colectivo de las problemáticas a ser afrontadas en cada escenario específico, posibilitando la construcción de estrategias contextualizadas que den mayor efectividad a la vinculación entre las políticas, el desempeño de los equipos de salud y los perfiles socio-sanitarios y epidemiológicos de cada territorio.

Con relación a estas tensiones, se plantea que los ejercicios de planificación en el ámbito de los RHUS debiesen incluir no solo información sobre las estructuras o dotaciones, sino también análisis de la «micropolítica» que posibiliten cabalmente escuchar a las culturas subyacentes.

Se sostiene que esa micropolítica es la que se despliega en los espacios cotidianos de trabajo y es un elemento fundamental para la comprensión y transformación de las prácticas de salud. De este modo, expresan que «lejos de ser cajas vacías, cada trabajador y cada usuario tiene ideas, valores y concepciones acerca de salud, del trabajo en salud y de cómo debería ser realizado; el cotidiano, por lo tanto, tiene dos caras: la de las normas y roles institucionales y la de las prácticas de cada trabajador» (Merhy, Feuerwerker y Ceccim 2006).

Sin embargo, si bien los sistemas locales son reconocidos como estratégicos para el fortalecimiento y el impacto en el territorio de los esquemas de salud pública y protección social, la interacción entre los espacios de planificación sanitaria y los espacios formativos de los RHUS es aún escasa. Los espacios de planificación formativa de los recursos humanos requieren de nuevos posicionamientos frente al tradicional paradigma asistencial-curativo, en el cual, generalmente, se han formado los profesionales de la salud. Sin embargo, este campo que hace al currículo universitario se encuentra aún escasamente vinculado a las incumbencias de la política sanitaria, si bien el desarrollo de competencias de salud comunitaria, interdisciplinarias y de gestión para el trabajo profesional articulado en red representan saberes consensuados como estratégicos para la formación de Equipos de Salud (Medina y Álvarez 2017).

Por ejemplo, las enfermedades crónicas en los últimos años constituyen uno de los principales (por prevalencia y magnitud) problemas de salud que afectan a las poblaciones, sin embargo, pese a las transformaciones epidemiológicas en el esquema de salud-enfermedad- necesidades de atención, en los servicios de salud se sostienen aún modelos asistenciales que no se corresponden con las problemáticas epidemiológicamente prevalentes que padecen las poblaciones. Frente a los nuevos escenarios socio-sanitarios, se han definido competencias básicas a adquirir por parte de los equipos de salud, entre ellas se encuentran: el cuidado integral y continuo centrado en la persona, su familia y su comunidad; la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes; el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinar e intersectorial

dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad, y el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad.

El trabajo en equipo se destaca como basamento imprescindible para la puesta en práctica de las competencias básicas, en tanto posibilita la aplicación de un nuevo modelo de atención, promoviendo el trabajo interdisciplinario, la participación comunitaria y la integración de capacidades clínicas y de salud pública (OPS 2008).

Nuevos perfiles profesionales: desafíos para la formación universitaria

Retomando la definición de competencias anteriormente citada (Davini y Duré 2013), estas se conforman de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que se ponen en práctica en situaciones concretas de trabajo, relacionadas a situaciones pedagógicas de educación, información y gestión del conocimiento en el marco de estrategias formativas que alientan el trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, la calidad asistencial y la vinculación comunitaria, con enfoque social e intersectorial.

El campo sanitario requiere del desarrollo de estrategias interprofesionales que puedan dar respuestas adecuadas a su complejidad. Desde la perspectiva de la APS, el trabajo en equipo propone su aplicación en escenarios diversos, con el objetivo de resolver problemas de alcance colectivo que requieren de la intervención interdisciplinaria. En este contexto, la introducción de pedagogías innovadoras en la formación universitaria resulta clave, a fin de promover aprendizajes capaces de «interseccionar» saberes y prácticas para el abordaje de los procesos de salud, enfermedad, atención y promoción sociosanitaria en cada territorio. En efecto, la renovación de la APS exige una transformación profunda de los modelos de atención y de los programas de formación de los profesionales de la salud, así como la expansión y diseminación del

conocimiento sobre este nivel de atención.⁵ Sobre todo, la formación y el desarrollo del personal para trabajar en redes integradas de servicios de salud, basadas en atención primaria en un concepto de estrategia de desarrollo de las comunidades, es un tremendo desafío.

Ya no basta el conocimiento biomédico, si bien es indispensable de conocer y profundizar. El concepto de la medicina y otras ciencias de la salud positivista que basaban el conocimiento fundamentalmente en los aspectos biológicos, en los métodos de investigación cuantitativos se hacen absolutamente insuficientes para avanzar en el conocimiento de las comunidades, de los determinantes sociales, de las relaciones de poder que se establecen entre individuos y comunidades y que subyacen como «causas de causas» en la aparición de las enfermedades que creemos conocer. Hoy se requiere en primer lugar discutir y concordar primero para qué salud y para qué sistema de salud queremos formar personas.

Todavía formamos, salvo raras excepciones, personas para trabajar en la recuperación de la enfermedad más que en el logro de salud. Se forma para sistemas hospitalarios dispersos más que para sistemas integrales, trabajando en redes basadas en Atención Primaria que se hagan cargo de sus poblaciones y territorios a cargo y que reconozcan la riqueza y cultura de estas. Formar nuestro personal para trabajar en redes colaborativas, basadas en APS, que busquen trabajar en y con la comunidad, para conocer y atacar con la comunidad esas determinantes sociales que hacen aparecer las enfermedades, es decir para la promoción de la salud, debiera contemplar algunos puntos que se detallan a continuación.

Debemos reforzar la entrega de contenidos sociales desde los primeros años del pregrado de las carreras de la salud, especialmente de medicina y no solo de salud pública o del área biológica. Necesitamos entregar herramientas para el trabajo comunitario, participativo y bases

.....
5 En la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina, respecto a la Gestión de Conocimiento, podríamos decir que las redes son fundamentalmente una forma de vincularse para gestionar mejor el conocimiento. Es decir que tendrían más un carácter epistémico al servicio de lo asistencial, intentando salir de esos conceptos que se centran solamente en la racionalidad de las derivaciones.

de investigaciones cualitativas como la «Investigación Acción Participativa», IAP. Nuestro personal debe perder el miedo a salir de su «zona de confort» al interior de un box de atención para salir a trabajar con la comunidad. Debemos ampliar la enseñanza de las carreras de pregrado de salud en los establecimientos de atención primaria, donde los estudiantes conozcan la relevancia del trabajo de otros profesionales y técnicos, donde conozcan las comunidades con las cuales deberán «construir salud». Debemos sacar la enseñanza de los hospitales, especialmente de los médicos, y llevarla a los espacios ambulatorios, ojalá no de especialidades sino de atención primaria o primer nivel de atención. Será difícil cambiar la enfermedad por la salud si no somos capaces de sacar la docencia de los hospitales.

Necesitamos enseñar a valorar y trabajar por las redes, tanto sanitarias (de los diferentes establecimientos de salud) como las redes comunitarias (de las diferentes organizaciones en los territorios) así como las redes intersectoriales, de otros actores, más allá de la red de salud, que actúan en los territorios y sin los cuales no es posible actuar sobre los determinantes sociales de las comunidades. Ello significa un tipo diferente de relación con otros, no de dominación ni de competencia, sino de colaboración en que los diferentes actores trabajamos por la calidad de vida de las comunidades. No es el sistema de salud el centro sino un actor más para el desarrollo pleno de las potencialidades de las personas, familias y comunidades. Ese tipo de relación de poder tampoco es habitual en los centros hospitalarios, un argumento más para sacar la docencia de esos espacios.

Debemos valorar la lucha contra las inequidades en salud si queremos mejorar la salud de nuestras poblaciones. Actuar frente a los determinantes sociales en cada realidad debiera ser la base de la acción y, por lo tanto, de la formación de nuestro personal de salud. Debemos formar equipos para «construir salud» con sus comunidades. Eso significa habilidades de trabajo participativo, de liderazgo, que van más allá del área biológica y más allá incluso de lo «biopsicosocial». En el área de posgrado es indispensable relevar el trabajo del personal de atención primaria, profundizar contenidos e interdisciplinaridad en la salud familiar y comunitaria y con médicos capacitados en medicina familiar,

capaces de valorar no solo a los individuos sino las familias y comunidades, trabajando en el sentido anteriormente dicho.

Conclusiones

La formación y el desarrollo del personal para trabajar en redes integradas de servicios de salud basadas en atención primaria es un gran desafío en un concepto de estrategia de desarrollo de las comunidades. El capítulo inició señalando una serie de dimensiones a resolver en el ámbito de los RHUS. Se propuso una lectura de las sinergias y tensiones existentes entre el ámbito salud y educación para abarcar mejor el rol protagónico de la universidad. Subrayamos los debates para el cambio destacando algunos posicionamientos y consensos ante la formación clave de los RHUS. La visión de la colaboración interprofesional y de los equipos de salud, anclados con una responsabilidad poblacional y territorial, generan nuevas prácticas en el ámbito docente-asistencial. Necesitamos nuevos perfiles con nuestro personal de salud, lo que nos obliga a enfrentar retos académicos con un paradigma muy distinto para que esta situación esperada resulte posible.

El recorrido planteado nos propone reflexionar sobre algunas cuestiones claves y transversales que surgen ante la cuestión de la formación de los RHUS en RISS y concluir lo siguiente:

1. Ubicar mejor el rol de las universidades y su compromiso con sus contextos y territorios, en tanto puedan promover trayectos formativos vinculados a las necesidades de salud de sus poblaciones.
2. Formar al personal de salud, especialmente a médicos/as, con competencias sociales y capacidades para trabajar con y en las comunidades, donde es indispensable sacar la formación del personal de salud desde los hospitales, centros de visión biomédica y jerárquica, hacia los centros de atención primaria y las propias comunidades y organizaciones sociales.
3. Capacitar a profesionales con competencias integradas, acordes a la complejidad del campo sanitario, cuyo reto en la formación

interprofesional e interdisciplinaria resulta fundamental para consolidar equipos de salud con una respuesta efectiva a problemáticas socio-sanitarias, que requieren de diversidad de saberes e intervenciones, superando perfiles profesionales disciplinariamente estancos y dando lugar a propuestas de trabajo en salud que articulen múltiples miradas, conocimientos y prácticas.

4. Planificar la formación y la inserción profesional con perspectiva ética, y en este punto es fundamental pensar en renovadas epistemologías que incorporen formación en derechos humanos, interculturalidad, género y determinantes sociales de la salud.
5. Poner en debate la relación estado-mercado, que atraviesa al vínculo universidad-inserción laboral de los profesionales, y en este caso pensar en la necesaria rectoría de las políticas de salud pública al momento de planificar sistemas de salud que garanticen equidad y accesibilidad universal.
6. Pensar en universidades para nuestros contextos latinoamericanos, promoviendo modelos formativos con capacidad de recuperar saberes propios, acordes a nuestras realidades, historias y experiencias.
7. Promover la producción de conocimientos mediante la investigación y la ciencia, aplicables a contextos y transferibles para dar respuestas a problemáticas de cada territorio.

Por último, interesa destacar la capacidad transformadora que deben tener los conocimientos y el compromiso social que corresponde a todo proceso pedagógico y, en este caso, las redes de salud proveen un andamiaje estratégico para producir-circular-aplicar saberes, evidencias y aprendizajes devenidos de las experiencias.

Referencias

- ALAFEM-UDUAL. 2017. *Panorama de la Educación Médica en América Latina y el Caribe*. México DF: ALAFEM-UDUAL.
<https://www.udual.org/principal/wp-content/uploads/2018/04/LaEducacionMedicaALyCaribe-UDUAL.pdf>

- Artaza, Osvaldo, Javier Santacruz, Jacques Girard, Daniela Alvarez, Soledad Barría, Carolina Tetelboin, Fernando Tomasina y Arnaldo Medina. 2020. «Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas». *Rev Panam Salud Pública* 44: 83.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>
- Boelen, Charles. 2016. «Why should Social Accountability be a benchmark for excellence in medical education». *Educación Médica* 17, nro. 3: 101-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.06.004>
- . 2000. *Towards Unity for Health: Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development: a working paper*. Geneva: WHO.
https://www.who.int/hrh/documents/fr/TUFH_challenges.pdf
- Boelen, Charles, Heck, Jeffery E y Organización Mundial de la Salud. 1995. *Definición y medición de la responsabilidad social de las escuelas de medicina*. Charles Boelen y Jeffery E. Heck.: Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>
- Centeno, Ángel y Ana Belén del Río, eds. 2010. *Consenso global sobre la responsabilidad social de las facultades de medicina*. East London: South Africa.
<http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-SPANISH-pdf-style.pdf>
- Chiara, Magdalena (comp.), Ana Ariovich, Carlos Jiménez, Javier Moro y María Mercedes Di Virgilioch. 2012. *Salud Política y Territorio en el Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: ediciones los Polvorines - Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Davini, María Cristina e Isabel Dure. 2013. *Guía para la elaboración de Documentos Marco de Referencia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Gómez-Clavel, José Francisco, Carmen Alicia Jiménez-Martínez, Juan Pineda Olvera, Xavier de Jesús Novales-Castro, Marcela Jiménez-Martínez, María de Guadalupe Duhart-Hernández, Sandra Ivonne Muñoz-Maldonado y Dante Amato. 2018. «Educación para la formación de equipos interprofesionales de atención a la salud». *Revista electrónica de psicología Iztacala* 21, nro. 2: 386-98.
- Medina, Arnaldo y Daniela Alvarez. 2017. *Modelos y estrategias de planificación y gestión político-sanitaria en las secretarías de salud de los municipios bonaerenses: coberturas alcanzadas, desarrollo de la red y resultados sanitarios a nivel poblacional*. Buenos Aires: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Merhy, Emerson Elias, Laura Camargo Macrux Feuerwerker y Ricardo Burg Cessim. 2006. «Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud». *Salud Colectiva* 2, nro. 2: 147-60.
- Nebot Adell, Carme, Carlos Rosales Echevarria y Rosa Maria Borrell Bentz. 2009. «Desarrollo de competencias en atención primaria de salud». *Revista Panamericana de Salud Pública* 26, nro. 2: 176-83.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2008. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- . 2016. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Geneva: WHO.
https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1

- . 2018. *Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre atención primaria de salud: Desde Alma-Ata hacia la Cobertura sanitaria Universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. WHO/UNICEF.
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- OPS. Organización Panamericana de la Salud.** 2007. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C.: OPS.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>
- . 2008. *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C.: OPS.
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- . 2010. *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
- . 2017. *Estrategia sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. CSP29/10.160.0 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.: OPS.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=42273&lang=es
- . 2018. *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. CD56/10. Washington DC: OPS.
- . 2019. *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata: Informe de la Comisión de alto nivel*. Washington DC: OPS.
- The I-SAT Working Group.** 2017. *A guide through the path to Social Accountability ISAT (Indicators of Social Accountability tool)*. WHO Conference on HRH. Dublin, Ireland: PAHO Poster.
https://www.researchgate.net/profile/Noora_Alhajri/publication/322552295_Social_Accountability_of_Medical_Education_I-SAT/links/5a5f77a4458515b43796d23/Social-Accountability-of-Medical-Education-I-SAT

Conclusiones

Este libro se escribió antes del inicio de la pandemia de COVID-19, y la experiencia que hemos vivido desde entonces refuerza la necesidad que motivó esta publicación. Justamente muchos de los fallos tuvieron relación, entre otros aspectos, con las fragilidades de los sistemas de salud, el enfoque hospitalo-céntrico, la falta de empoderamiento de las personas y sus comunidades, la insuficiente visibilización de la estrategia de atención primaria a la salud y las enormes debilidades para generar una gobernanza efectiva de la crisis sanitaria tanto local como global. Como se señaló en la parte introductoria, esta publicación es un esfuerzo plural e interdisciplinar de académicos y gestores de Chile, Argentina, Uruguay, México y Canadá, que problematiza y propone en torno a los desafíos que tienen los sistemas de salud para que estén efectivamente orientados a resolver integralmente las necesidades en salud de las personas y sus comunidades.

Uno de estos desafíos implica transformar el paradigma biomédico hegemónico vigente, que a lo largo de la historia ha devenido en el actual sistema de salud hospitalo-céntrico, fundamentando una perspectiva reducida a lo meramente curativo. La propuesta de un cambio, desde un sistema basado en la enfermedad a otro basado en las personas y sus comunidades, implica un cambio esencialmente epistemológico, lo que significa transitar desde la epistemología positivista y cartesiana

de la cultura médica —que está sustentada por la academia, en el sistema político, en el mercado de la salud y en el orden cultural— a uno de carácter fenomenológico que vea a las personas y sus comunidades en sus contextos sociales, económicos, ambientales y culturales. Lo anterior implica generar transformaciones profundas y de largo plazo que involucre a la sociedad en su conjunto, obligando a discutir y a co-construir las posibilidades políticas de transformaciones sustantivas en los modelos de desarrollo; en el rol del Estado, del mercado y de la ciudadanía, y de modificaciones en la comprensión por parte de las personas de conceptos tales como salud, enfermedad y calidad de vida. Otro desafío implica considerar nuevas formas de potenciar lo que ha sido el objetivo histórico de los sistemas de salud en el mundo: contribuir a alcanzar mayores niveles de salud. Siendo dicha contribución completamente dependientemente de los contextos sociales, culturales, económicos y políticos, es natural que se planteen interrogantes con respecto a su real aporte en el logro de comunidades saludables.

A 41 años de la Declaración de Alma-Ata, el llamado a los países firmantes plantea nuevamente la discusión sobre cómo los sistemas de salud, estructurados en la estrategia de atención primaria como el pilar del sistema, logran aportar en su conjunto a comunidades más saludables. Este llamado, reiterado recientemente en Astaná, aún no ha logrado trascender desde lo retórico a la práctica en una gran parte de los sistemas de salud. Al observar las inequidades existentes —la concentración de los bienes y del poder en unos pocos, las dificultades de la mayoría de las personas para acceder a trabajos, viviendas, entornos y alimentos saludables, a servicios de atención de salud efectivos y de calidad— se constata la amplitud y profundidad de los desafíos pendientes. Todo ello, da cuenta de la magnitud y amplitud de los requerimientos, imposibles de comprender y resolver desde una mirada individual o reducida a las enfermedades. Transformaciones también imposibles de emprender sin un sustento político y social que lo permita.

Los cambios hacia sistemas y servicios centrados en las personas y sus comunidades implican un involucramiento de estas mismas y un cambio complejo en las relaciones de poder. Para ello es clave comprender la necesidad de repensar la conceptualización de los elementos

fundamentales de los procesos participativos y de acción colectiva en salud en la articulación de la política; en su potencialidad para generar tensiones que catalicen cambios; en su posible instrumentalización discursiva y captura por parte del *status quo*, y en las resistencias que históricamente han ejercido instituciones, la industria y los monopolios lejos de las personas, las comunidades, sus cotidianos y sus necesidades. La participación social y la acción colectiva en salud tienen un rol fundamental para lograr sistemas centrados en las personas y sus comunidades, esto es transitar de una noción del cliente-consumidor-paciente a una donde el sujeto-ciudadano, es un protagonista con derechos y preocupación por los temas individuales y colectivos. Su implementación no solo depende de la intensión y de la movilización, requiere de un soporte estructural y de la profundización de la democracia que permita que la participación social sea más que algo meramente formal, utilitarista o clientelar.

Fortalecer la democracia, implica también avanzar en la declaración y materialización de los derechos sociales. En la generación de un contrato social donde la dignidad de la persona como sujeto de derechos sea el basamento fundante de la ciudadanía. Con respecto al derecho a la salud, hay que reconocer la existencia de diversas fórmulas: «derecho a la salud», «derecho a la protección de la salud», «derecho al cuidado de salud». Se puede sostener que hablar de un «derecho a la salud» sin otra palabra que la complemente sería inadecuado porque eso implicaría un derecho a estar sano, lo que sería un imposible. Desde esa lógica un derecho a la salud en términos literales sería irrealizable por la existencia de muchos factores que amenazan el estar sano y que escapan al completo control de la sociedad y del Estado, tales como la herencia genética, la acción de la naturaleza y una parte de los comportamientos, decisiones, estilos de vida elegidos, y las intervenciones del propio individuo sobre su salud y la de otros. Por ello, nadie sería capaz de garantizar un específico estado de salud. Además, la posibilidad cierta de acceder a servicios de atención posee una relación directa con los recursos disponibles, tanto de parte de los individuos como de la sociedad, de modo que la ausencia de enfermedad —desde esta lógica— no podría ser totalmente asegurada por el Estado. Por lo anterior, el «derecho a

la Salud» no debe ser reducido al campo de las enfermedades, ni de los meros servicios de atención médica, sino más bien debe ser comprendido en un espacio amplio que guarda relación con la posibilidad de que todas las personas —plenas en dignidad— puedan desarrollar todo su potencial y gozar de alcanzar el máximo bienestar en las múltiples dimensiones de lo humano. Para ello, el Estado, sociedad e individuos deberían actuar en prevenir todo hecho o acciones dañinas o contrarias al bienestar actuando sobre la economía, el ambiente, la industria, el transporte, la educación, etc. Al mismo tiempo que la sociedad, a través del Estado —como expresión máxima de la organización político social de un colectivo para el logro del bien común—, realiza arreglos para una distribución equitativa de los recursos para proveer servicios integrales de atención, desde la promoción a los cuidados de largo plazo, disponibles para todas las personas y comunidades según la necesidad, en la medida de los recursos disponibles. Junto al debate anterior, surgen avances en materia de derechos específicos con respecto a los servicios de atención, tales como el respeto a la autonomía de las personas a través del consentimiento informado. Por otro lado, hay que dar solución a la progresiva tensión que se presenta con la intervención judicial en su rol de velar por la protección de derechos garantizados.

En lo declarativo, los servicios de salud centrados en personas y comunidades deben asegurar atención oportuna, efectiva y de calidad —con su participación activa— sin solución de continuidad entre hábitat, territorio, vida comunitaria y acciones del sector salud, pasando por la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de las enfermedades, rehabilitación, paliativos y cuidados de largo plazo. Todo de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él (intersector), con arreglo a sus necesidades a lo largo de todo el curso de vida, con mirada de género, de interculturalidad, con respeto a la diversidad y a la autonomía de las personas. Este enfoque implica un cambio de modelo de atención —de cómo se organizan y se estructuran los distintos elementos que intervienen en los procesos— a fin de entender y practicar una forma de generar atención y cuidados en salud que se adapta constantemente. Asumiendo conscientemente el punto de vista y la participación de las personas,

los cuidadores, las familias y las comunidades tanto como protagonistas y como usuarios de sistemas de salud que no están organizados en función de enfermedades específicas, sino de las necesidades integrales de las personas, como sujeto de derechos, en comunidades y territorios como espacio sociohistórico.

El cambio de modelo o transformación de los sistemas de salud implica capacidades para conducir e implementar dichos cambios, en cómo se comprenden, se organizan y se dan los servicios de atención. Ello implica cambios profundos en la estructuración y la gobernanza de los servicios; en cómo se generan y modifican las culturas y prácticas de los actores involucrados; en cómo intervienen las tecnologías en salud; en la comprensión de lo que es valorado (calidad), y finalmente en cómo se forman y aprenden quienes trabajan en salud. Los procesos de transformación deben poner especial atención a las y los trabajadores de la salud, tomar en consideración las sus características especiales, sus necesidades de formación y desarrollo en contextos organizacionales saludables y promotores del aprendizaje, la mejora continua y de la labor interdisciplinar. En ese último contexto surge el imperativo de generar puentes y espacios de diálogo e interacción entre trabajadores de la salud y las personas y comunidades a las que sirven. Desde el espacio de la escucha es de donde surgirán las inquietudes por modificar juicios y prácticas para la transformación de los servicios de atención.

En nuestros países, los avances hacia sistemas y servicios centrados en las personas y sus comunidades son fundamentalmente evolutivos y se constituyen en un tremendo desafío político. Ese y no otro es el desafío que tendremos en los próximos años, de cara a las crecientes exigencias de la ciudadanía.

EDICIONES UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

Director

Yanko González C.

Representante Legal

Rector Hans Richter B.

Producción Editorial

César Altermatt V. Coordinador de Producción Editorial.

Silvia Valdés F. Diagramación y Diseño.

María Jesús Hernández G. Secretaria.

Consejo Editorial

Yanko González C. Director Unidad Editorial.

Ronnie Reyes A. Director (i) de Vinculación con el Medio.

Luis Vera C. Director Sistema de Bibliotecas UACH.

Mylthon Jiménez C. Vicerrector de Investigación, Desarrollo y Creación Artística.

Leopoldo Ardiles A. Coordinador Área Ciencias de la Salud.

Jorge Arenas B. Coordinador Área Ciencias de la Ingeniería y Tecnologías.

Carlos Lequesne G. Coordinador Área Ciencias Silvoagropecuarias.

María Angélica Illanes O. y Pablo Szmulewicz E. Coordinadores Área Ciencias Sociales.

Ana Traverso M. y Pedro Araya R. Coordinadores Área Humanidades y Artes.

Carlos Oyarzún O. Coordinador Área Ciencias Exactas y Naturales.

Lectores Especialistas

- Fabián Almonacid Z., Universidad Austral de Chile.
Álvaro Amigo, Sernageomin.
Hugo Aránguiz Aburto, Universidad de Concepción.
Óscar Arteaga Herrera, Universidad de Chile.
Óscar Balocchi L., Universidad Austral de Chile.
Susana Bandieri, Universidad Nacional del Comahue, Argentina.
Jaime Bassa M., Universidad de Valparaíso.
César Bermúdez T., Universidad de Antioquia, Colombia.
Raúl Bernal-Meza, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Carla Christie Remy-Maillet, Universidad Austral de Chile.
Paulo Corti, Universidad Austral de Chile.
Simón Guendelman, Universidad de Humboldt, Berlín, Alemania.
Verónica Guzmán Del Río, Instituto Mindfulness, Chile.
María Loreto Egaña Barahona, PIIE, Chile.
Donatila Ferrada Soto, Universidad Católica del Maule.
Dimas Floriani, Universidad Federal de Paraná, Brasil.
Paula Gädicke L'Huissier, Universidad de Concepción.
Óscar Galindo Villarroel, Universidad Austral de Chile.
Jaime Gallardo Casanova, abogado.
Mabel García Barrera, Universidad de la Frontera.
Soledad González D., Universidad de Chile.
María Gabriela Guzmán, Universidad Austral de Chile.
Rodrigo Hucke-Gaete, Universidad Austral de Chile.
María de la Luz Hurtado Merino, Universidad Católica de Chile.
Andrés Kalawski, P. Universidad Católica de Chile.
Andrea Kottow Keim, Universidad Andrés Bello.
Paola Lagos L., Universidad de Chile.
Julio Larenas Herrera, Universidad de Chile.
Gloria López H., Universidad Mayor.
Mauricio Mancilla M., Universidad Austral de Chile.
Eduardo Mandiola, Universidad Andrés Bello.
Sergio Mansilla Torres, Universidad Austral de Chile.

Sofía Martínez Espinoza, Colegio Sagrado Corazón, Talagante.
Maribel Mora Curriao, Universidad de Chile.
Vicente Neumann G., Universidad de Antofagasta.
Francisco Orrego González, Universidad Austral de Chile.
Ricardo Oyarzún Bahamondes, Universidad Austral de Chile.
Liliana Pedraja-Rejas, Universidad de Tarapacá.
Walescka Pino-Ojeda, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.
Dante Pinochet, Universidad Austral de Chile.
Cecilia Quintrileo L., Universidad Austral de Chile.
Luis Riffo Pérez, CEPAL, ONU.
Pablo Razeto Barry, Instituto de Filosofía y
Ciencias de la Complejidad, IFICC.
José María Ripalda, UNED, España.
Paola Ritter Arcos, Instituto Nacional del Cáncer, Chile.
Emilio Roessler Bonzi, Universidad del Desarrollo.
Horst Rolf Nitschack, Universidad de Chile.
Graciela Rubio Soto, Universidad de Valparaíso.
Laura Rueda Castro, Universidad de Chile.
Augusto Samaniego M., Universidad de Santiago de Chile.
Alejandro Santibáñez Handschuh, Universidad de Los Lagos.
Óscar Skewes Ramm, Universidad de Concepción.
Domingo Suárez F., exacadémico P. Universidad Católica de Chile.
Gonzalo Valdivia Cabrera, P. Universidad Católica de Chile.
Patricio Valdivieso F., Universidad de Los Lagos.

El derecho a la salud es un concepto en permanente construcción, cuyo tránsito, actualmente y desde la perspectiva que ofrecen los autores de esta publicación, abandona su concepción de «derecho a prestaciones médicas» para reentenderse como el acceso —emanado del reconocimiento de la dignidad del ser humano— a obtener condiciones para una vida saludable y plena. El desafío, inmanente en ello, es lograr que los sistemas de salud estén efectivamente orientados a resolver integralmente las necesidades de las personas y sus comunidades, más aún en tiempos en que la pandemia por COVID-19 ha expuesto el desequilibrio entre las capacidades para regular los movimientos de capital y las mercancías, en paralelo a las debilidades para dar gobernanza global ante la crisis sanitaria.

Médicos, académicos y profesionales de Chile, Argentina, Uruguay, México y Canadá concretan en esta obra un esfuerzo plural e interdisciplinario por profundizar en esta problemática y proponer mecanismos y soluciones que contribuyan a una acción eficaz de los Estados sobre las determinantes sociales de la salud, de modo que los modelos de desarrollo favorezcan la equidad y la justicia social. Convergen aquí visiones desde la epistemología, las ciencias sociales y jurídicas, medicina, calidad, gobernanza y la gestión y formación del talento humano. Entre líneas, está la esperanza y la certeza de que la transformación no solo es necesaria, sino también posible.