

Atención primaria de la salud. Continuidades neoliberales en la "asistencia centrada en la persona"¹

Primary health care. Neoliberal continuities in "person-centered care"

Cuidados de saúde primários. Continuidades neoliberais no "cuidado centrada na pessoa"

Laura Gottero, Lic²

Recibido: abril 12 de 2012 • Aprobado: septiembre 18 de 2012

Para citar este artículo: Gottero L. Atención primaria de la salud. Continuidades neoliberales en la "asistencia centrada en la persona". Rev Cienc Salud 2012; 10 (3): 369-385.

Resumen

Este trabajo analiza el documento oficial sobre atención primaria de la salud (APS) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, con motivo de celebrarse los treinta años de la Declaración de Alma-Ata sobre APS (1). *Objetivo:* indagar en profundidad las premisas esbozadas por el informe, con el fin de problematizar la noción de APS y de acceso universal a la salud que se elaboran en dicha propuesta. *Metodología:* mediante análisis documental se estudia la propuesta de salud elaborada por dicho organismo internacional y se somete a crítica a partir de los siguientes ejes: a) Concepción de la salud como un derecho o como un servicio. b) Criterios mercantilizados de la atención sanitaria. *Resultados:* se destaca la permanencia de una perspectiva neoliberal en los planteos reformistas sanitarios de la OMS en este documento, lo que requiere ser debatido en contextos donde el neoliberalismo produjo intensos procesos de desigualdad y exclusión, como en el caso de América Latina.

Palabras clave: *políticas de la salud, política sanitaria, salud pública.*

Abstract

This paper analyzes the document on primary health care (PHC) published by the World Health Organization (WHO) in 2008, held to mark the thirtieth anniversary of the Declaration of Alma-Ata on PHC (1). *Objective:* to investigate in depth the assumptions outlined in the report, in order to problematize the notion of APS and universal access to health that are made in this proposal.

¹ Este trabajo se realiza en el marco del proyecto UBACyT "La cuestión migratoria en Argentina: procesos de transformación, integración regional, derechos y prácticas sociales" (IIGG, FSO, UBA).

Una versión de este artículo fue expuesta en el ISA Fórum 2012 (1-4 agosto, Buenos Aires).

² Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Methodology: using documentary analysis examines the health proposal prepared by the international body and subjected to criticism from the following areas: a) conception of health as a right or as a service. b) Criteria commodified healthcare. *Results:* emphasize the permanence of a neoliberal perspective on the proposals WHO health reform in this document, which needs to be discussed in contexts where neoliberalism was intense processes of inequality and exclusion, as in the case of Latin America.

Keywords: *health policy, health policy, public health.*

Resumo

Este artigo analisa o papel nos cuidados de saúde primários (CSP), publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008, realizada para marcar o trigésimo aniversário da Declaração de Alma-Ata, na APS (1). *Objetivo:* investigar em profundidade as hipóteses descritas no relatório, a fim de problematizar a noção de APS e acesso universal à saúde que são feitas na presente proposta. *Metodologia:* através da análise documentário examina a proposta de saúde, preparada pelo organismo internacional e alvo de críticas das seguintes áreas: a) Concepção da saúde como um direito ou como um serviço. b) Critério mercantilizada saúde. *Resultados:* enfatizam a permanência de uma perspectiva neoliberal sobre as propostas de reforma da saúde OMS neste documento, que precisa ser discutido em contextos em que o neoliberalismo se intensos processos de desigualdade e exclusão, como no caso da América Latina.

Palavras chave: *política de saúde, política de saúde, saúde pública.*

El desarrollo del concepto de atención primaria de la salud (APS) se forjó en 1978 con la Declaración de Alma-Ata (antigua Unión Soviética) elaborada por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). Ese documento destacaba la necesidad de fortalecer los servicios de salud en el nivel más básico, el de atención y prevención, con el fin de evitar intervenciones más complejas y de mayor costo. Asimismo, establecía la conformación de un cuerpo de trabajadores de la salud que reducirían el requerimiento de médicos en las zonas de acción por medio del paulatino ingreso de otro tipo de recursos humanos: "agentes de salud", trabajadores sociales, líderes comunitarios y otros actores sociales interesados en la salud.

En relación con los servicios de salud, la Declaración destacaba la situación de desigualdad

entre países "desarrollados" y "en desarrollo", usando una terminología típica de la época que implicaba el reconocimiento de una trayectoria evolucionista que recorrerían todos los países como un camino común. Según los resultados publicados sobre este encuentro, la salud era tarea y responsabilidad colectiva que involucraba tanto al "pueblo" así definido como a "los Gobiernos". En este contexto, la APS era entendida como la "asistencia sanitaria esencial que incluye métodos y tecnologías prácticos a un coste que la comunidad y el país puedan afrontar" (Artículo VI). Orientada hacia los principales problemas de salud de una región, no solo era el primer nivel de contacto entre el paciente y el sistema de atención médica, sino que también constituía un "reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de

las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades" (Artículo VII).

En 2008, año en el que se cumplía la tercera década de la perspectiva de APS en el mundo, la OMS publicó un nuevo documento: *La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca*, en el que reformuló varios de los principios de la Declaración de Alma-Ata y resignificó los términos de esta postura de atención en salud (1). El contexto de publicación de este informe remitía a la necesidad de revisar algunos de los supuestos de este nivel inicial sanitario, dado que la mayoría de los objetivos que se había planteado en 1978 distaba mucho de haber sido cumplido. El escenario de la primera década del siglo XXI se caracterizaba por una disparidad notoria en los sistemas de salud, donde los países llamados "desarrollados" avanzaban en la senda de la especialización, mientras los denominados "en desarrollo" ni siquiera podían cubrir la necesidad de atención básica. De igual manera, el excesivo peso otorgado a la medicina curativa había restado espacio y recursos para la profundización de los métodos preventivos; en consecuencia, la atención de salud se había vuelto cara e ineficiente a la vez, puesto que no podía evitar la incidencia de enfermedades y, cuando las trataba, su costo era mayor que si se hubieran detectado a tiempo.

En este contexto, la nueva versión de APS enfocó la necesidad de reorientar los sistemas nacionales de modo que tuvieran coherencia en sus principios y pudieran fijarse metas (preventivas) a largo plazo. En este marco, construyó la idea de "centrarse en la persona": prestar especial interés a las demandas que los miembros de una población formulaban a los servicios de salud y configurar estos últimos para que promovieran la satisfacción de los ciudadanos, devenidos usuarios. Dicha reconfiguración de la APS se estructura en cuatro vías de reformas, definidas por el mismo texto oficial: 1) Acceso universal y protección social. 2) Reorganiza-

ción de la prestación de servicios en función de las expectativas de la población. 3) Renovación de las políticas públicas para que también sean "saludables". 4) Optimización de la eficacia de la administración no gubernamental y facilitación de la incorporación de los actores interesados no estatales (sociedad, empresas, organismos internacionales, etc.). Mediante el análisis de ciertos ejes temáticos considerados relevantes en este trabajo, se intentará señalar cuál parece ser la contracara implícita de estas propuestas reformistas, con la premisa de que su significado conlleva la aceptación de una perspectiva neoliberal sobre la salud que sigue presente en la visión de organismos internacionales como la OMS a la hora de trabajar en el área de derechos sociales³.

Desarrollo

a. Salud: del derecho al servicio

En este apartado se abordará el desplazamiento de sentido que se observa desde una concepción de salud considerada un derecho de las poblaciones, hacia una idea de salud como servicio que, como tal, está sujeta a otras condiciones de existencia: juego entre oferta y demanda,

³ Esta continuidad en la visión neoliberal también puede observarse en un antecedente de la OMS como el Informe sobre la Salud del año 2000. Si bien este documento no se considera una publicación oficial de este organismo internacional, puesto que no habría contado con la aprobación de la Asamblea General, se incluye en el conjunto de análisis sobre el tema que realizó la OMS en las décadas recientes. En este Informe, los requisitos defendidos para los sistemas de salud tienen las mismas características que los servicios de APS: formas eficientes de pago, oferta adecuada con la demanda y logro de mayor calidad de atención a la vez que se tengan en cuenta las dificultades de acceso de "los más desfavorecidos", tal como define a los grupos excluidos (3). En esta misma línea, el Informe del Banco Mundial para América Latina y el Caribe da cuenta de la perspectiva neoliberal al referirse a las vinculaciones entre medio ambiente y productividad, así como el obstáculo presentado por la "persistencia de la pobreza" para promover la conciencia ambiental (4).

expectativas de los consumidores, provisión de servicios acordes con lo que se espera, y el solapamiento de lo público y gratuito con la mención repetida a lo universal. En este sentido, remitiéndose a las contraccaras implícitas de las reformas en materia de APS, la noción de “servicio” desplaza a la de “derecho”, del mismo modo que la invocación a un servicio universal oculta el debate por una provisión de salud pública y/o gratuita que incluya a la población en su conjunto en calidad de ciudadanos o de habitantes de un territorio. Esta (re)construcción del sentido de la salud pública puede observarse en repetidas partes del informe, pero desde su introducción la provisión sanitaria se entiende como una prestación de servicios que, si bien está orientada a satisfacer mejor las necesidades de los usuarios, desdibuja la idea de una garantía de derechos⁴. Estas transformaciones de sentido se inscriben en un proceso de construcción de un régimen de veridicción que, en términos de Foucault, implica la existencia de formaciones discursivas que tratan lo no real en lo real y definen lo verdadero y lo falso en cada contexto histórico. Esta categoría es recuperada por Escobar al referirse a la “economía política de la verdad” que sustenta las construcciones sociales y, en consecuencia, también las definiciones legitimadas en una sociedad, como pueden ser el concepto de salud y sus implicaciones (5).

Como se mencionó, la reformulación de la APS propuesta por la OMS se plantea en términos de reformas, lo que la distanciaría —tal como el documento informa— de la considera-

ción de la atención primaria como un programa más en el marco de una provisión diversificada de servicios de salud. Estas reformas se construyen como profundas, no limitadas a los servicios básicos y formando un complemento indispensable de los procesos de cambio y modernización en los países: “La dinámica de la demanda debe reflejarse en las políticas y los procesos de adopción de decisiones” (1, pp. xv), sostiene el Informe, y de esta manera la relación entre la provisión de salud como un servicio sujeto a la demanda aparece en primer plano desde el inicio del documento, en desmedro de una postura que defina a dicha atención sanitaria como un derecho susceptible de una planificación estratégica sobre la base de un diagnóstico profundo de las poblaciones donde esa intervención tendrá lugar (1). Asimismo, la noción de “reforma”, una referencia repetida en esta reformulación de APS, implica en su misma utilización —en tanto elección paradigmática, de acuerdo con una mirada semiológica— la perspectiva neoliberal que, como señala De Oliveira, esconde el debilitamiento de las políticas de seguridad social en pos de una propuesta reformista que incluye el ajuste y un proceso de privatizaciones que —como se verá más adelante— también es considerado y someramente defendido en este Informe (6)⁵.

El proceso de reformas propuesto por esta perspectiva de APS se comprende como un desarrollo a largo plazo que enfrenta diversos obstáculos, entre los que se cuentan: la reestructuración de los recursos humanos del sector salud, la adecuación de incentivos financieros

⁴ En el informe, este requerimiento es referido como “reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: *reformas de la prestación de servicios*” (1, pp. xvii).

⁵ Igualmente, esta propuesta de APS encuentra una clara vinculación con las condiciones impuestas por la Organización Mundial de Comercio (OMC) que, en el marco del Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (GATS), recomienda “garantizar que las reformas en los sistemas nacionales de salud sean complementarias y, cuando proceda, basadas en el mercado” (7).

para la nueva planificación y la existencia de sistemas de pago inadecuados⁶. En esta enumeración puede observarse el carácter de los puntos considerados en toda evaluación sobre APS: los tres factores indicados son de índole económica, remiten a la reorganización de estructuras institucionales donde encontraban espacio la realización de ciertos derechos sociales, así como se establece la inadecuación de formas de pago y no su mera existencia como un elemento que obstruya el acceso a los servicios de salud. De este modo, la universalidad no gratuita se va conformando como una premisa de la buena provisión de la atención sanitaria y los elementos sobre los que debe actuarse remiten a una propuesta mercantilista en salud, predominantemente económica. En este sentido, siguiendo a De Oliveira, puede observarse el desplazamiento de las políticas de seguridad social a las políticas de privatizaciones que incluyen el término "reformas" en sus fundamentos y en sus planificaciones (6). Como el autor afirma, esto implica la instalación de fórmulas semánticas que hacen que los Estados sigan las premisas del marketing y avalen políticas de funcionalización de la

pobreza, que abandonan su carácter universal y están basadas en la excepción y la urgencia.

En relación con esto —y en la línea de las propuestas que otorgan más espacio al sector privado— el Informe señala los "peligros" de un hincapié político en la organización de los servicios: "Esas concepciones estratégicas a menudo se arrojan de términos técnicos y son sumamente vulnerables a los ciclos electorales" (1, pp. 104). En este sentido, parece inferirse que el modo de escapar de las intencionalidades gubernamentales consiste en separar a la provisión de salud de sus implicaciones políticas, para enlazarla con otros criterios técnicos de corte economicista. En este punto, vale mencionar la aclaración que Almada Bay realiza acerca de que todas las políticas de salud, en tanto tienen un carácter público/estatal y también social, son necesariamente formulaciones políticas donde confluyen sectores interesados con diversos grados de poder (8). Por esa razón es útil la identificación que hace Repetto sobre ciertas problemáticas públicas (como la salud) que permiten observar la relación entre la capacidad de gestión pública y la gobernabilidad democrática; si bien son temas que exceden los objetivos de este trabajo, es importante señalar que el planeamiento público-estatal de la salud constituye una vía interesante para observar las vinculaciones entre Estado y sociedad, tal como el mismo autor afirma:

Por un lado, porque se trata de un área donde los beneficiarios tienen marcadas dificultades para constituirse en actores relevantes; por el otro, porque las formas y contenidos de estas acciones públicas permiten definir hasta dónde llegan (y a quiénes incluyen) los consensos fundamentales (9, pp. 35).

⁶ En la sección "Prácticas óptimas para avanzar hacia la cobertura universal", el factor de financiamiento no estatal se encuentra en primer plano: "Hacer hincapié desde el principio en los sistemas de prepago. Pueden transcurrir muchos años antes de que el acceso a los servicios de salud y la protección financiera contra los costos asociados estén al alcance de todos: el Japón y el Reino Unido tardaron 36 años. El camino puede parecer largo y desalentador, en particular para los países más pobres, donde las redes de atención sanitaria están escasamente desarrolladas, los sistemas de protección financiera se hallan en un estado embrionario y el sector de la salud depende en gran medida de fondos externos. Especialmente en estos países, sin embargo, es crucial avanzar hacia sistemas de prepago desde una etapa muy temprana y resistir la tentación de depender de las sumas pagadas por los usuarios" (1, pp. 28). El rol del Estado como proveedor de la atención de salud o la perspectiva de una salud no onerosa por parte de los usuarios, no son formas enumeradas en estas prácticas.

En el contexto de instalación de las reformas de APS, estas observaciones resultan fructíferas también desde la perspectiva de Belmartino y Bloch, en tanto este tipo de transformaciones en el sistema de atención médica siempre deben interpretarse en el marco de los cambios en la vinculación Estado-sociedad; el desarrollo y la profundización del neoliberalismo durante la década del noventa constituye la premisa de lectura de estas reformulaciones y de estas políticas internacionales para la salud (10)⁷.

Teniendo en cuenta estos razonamientos y volviendo al Informe, lo que surge como discusión es, por un lado, el número de participantes legítimos que deberían intervenir en estas reformas de APS, puesto que a la vez que el Estado adopta un papel cada vez más secundario, las empresas, otros grupos privados de interés y los organismos internacionales son construidos como sujetos de derechos y obligaciones con un creciente protagonismo en el sector de la salud, que tuercen el rumbo de los objetivos que alguna vez habían sido previstos⁸. Por el otro lado,

el estatuto de la atención sanitaria —es decir, las condiciones en que dicha universalidad o el acceso son previstos— no es un tema que se intente debatir en este documento; de hecho, la información que puedan aportar las diferentes áreas de servicios de salud conforman un cúmulo que no apunta al diagnóstico y a la transformación, sino a la formación de una base de datos para que los agentes interesados en la APS puedan pisar más firme en sus decisiones:

La reforma de la APS reclama modelos abiertos y en colaboración para tener la seguridad de que se exploten todas las fuentes óptimas de datos y de que la información fluya con rapidez hacia quienes puedan transformarla en las medidas adecuadas (1, pp. 91).

Esos “quienes” no son solamente los encargados de formular políticas de salud, sino también los que intervienen y configuran el mercado sanitario en cada uno de los países; por eso, en repetidos apartados del Informe se destaca la importancia de la información como un elemento crucial para elaborar esquemas abiertos y flexibles de transmisión de conocimiento⁹. En este punto, la información como

⁷ Vale aclarar que, a la manera de los textos más hábiles sobre neoliberalismo, esta palabra —cargada de connotaciones negativas hasta para los menos cercanos a la temática, puesto que se ha difundido en la opinión pública y en el imaginario colectivo— nunca aparece en el documento. Por supuesto, nunca sería referida en relación con los postulados que allí se explicitan, pero tampoco —y esto es lo más llamativo— se emplea este término para caracterizar ciertas experiencias latinoamericanas en la década del noventa, por ejemplo: “Fue necesaria esa aceleración en la medición de la pobreza y las desigualdades, sobre todo a partir de mediados del decenio de 1990, para que la pobreza primero, y luego, más en general, el problema de la persistencia de las desigualdades, ocuparan un lugar central en el debate sobre las políticas sanitarias” (1, pp. 28). Es por ello que la misma ausencia temática se vuelve significativa.

⁸ “La presión ejercida por la demanda de los consumidores, los profesionales médicos y el complejo médico-industrial es tan grande que los recursos sanitarios privados y públicos se encauzan de forma desproporcionada hacia la atención hospitalaria especializada en detrimento de las inversiones en atención primaria. Las autoridades sanitarias nacionales

a menudo han carecido de la influencia financiera y política necesaria para frenar esta tendencia y lograr un mayor equilibrio” (1, pp. 13). Aquí puede observarse también la modificación del sujeto destinatario de la atención de salud; ya no es un ciudadano o un usuario, sino un “consumidor”.

⁹ “Una colaboración entre países más estructurada e intensiva en materia de revisión de las políticas de APS generaría mejores datos comparativos internacionales sobre las diferencias en el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria, sobre los modelos de buenas prácticas y sobre los determinantes del éxito de las reformas de la APS. Actualmente sucede a menudo que esa información no existe, es difícil de comparar o está anticuada. Aprovechando las redes de expertos e instituciones de distintas regiones, es posible producir datos de referencia consensuados y validados que sirvan para estimar los progresos y acceder

capital y el aprovechamiento de datos poblacionales por parte de quienes tengan más poder para conseguirlos y utilizarlos continúa siendo un factor relevante dentro del "neoliberalismo sanitario" propugnado por este Informe. Esto replica la reproducción de desigualdades que ocurre en otros planos de la avanzada neoliberal en tanto, como señala Lander, las políticas de libre comercio conllevan la producción de asimetrías sociales y, en consecuencia, de generación de núcleos de poder que producen dichas brechas (11). Estas diferencias manifestadas en las aristas del capitalismo neoliberal pueden rastrearse también en las reformas sobre salud porque, como señala Cueva, "el desarrollo del capitalismo no es otra cosa que el desarrollo de sus contradicciones específicas, es decir, de un conjunto de desigualdades presentes en todas los niveles de la estructura social" (12). En un sentido complementario, el señalamiento de la información como un capital para ser localizado en un núcleo específico a partir del que puedan compartirse los datos remite a la hegemonía en las formas de producción del conocimiento que, en su desarrollo desigual y polarizado, consolida la expropiación de saberes y de capital informacional de las zonas colonizadas, para trasladarlos hacia las regiones dominantes.

El lugar que las políticas de salud pública ocupan en el diseño de la APS según estas reformas remite a la diferenciación entre "acceso universal" y "acceso gratuito"; si bien lo primero parece confundirse con lo segundo, no son acepciones de igual significado y el Informe bien demuestra esto. En sus capítulos, la universalidad es la condición a satisfacer en el sistema de salud, pero el acceso universal tiene diferentes modos de concreción y la

mayoría de ellos no implican la gratuidad. Tal como se explica en un listado de "Prácticas óptimas para la cobertura universal", el logro de la universalidad debía centrarse en el mejoramiento de los sistemas de prepago, que consten de seguros voluntarios y/o privados como una manera de avanzar hacia una oferta integral de servicios (1, 4). La gratuidad como principio de una universalidad inclusiva no es un punto que se incluya en este conjunto de acciones consideradas constructivas; por el contrario, este proceso revela la paulatina mercantilización de procesos políticos que desplaza las políticas públicas desde una concepción de "derecho" a la de "bien" e incorpora una lógica de costo-beneficio en la toma de decisiones (13)¹⁰. Asimismo, aun cuando el Informe pueda sugerir una perspectiva de derecho a la salud, esta debe entenderse en el sentido identificado por Ugalde y Homedes: como una fachada, un elemento propio de las estrategias neoliberales para las reformas de salud (14).

La disociación entre universalidad y gratuidad también puede vislumbrarse en el Informe a partir de la caracterización de la salud como una prestación, es decir, como un servicio que no necesariamente es público y que no se vin-

más fácilmente a fuentes nacionales e internacionales de información pertinentes para el seguimiento de la atención primaria" (1, pp. 114).

¹⁰ La cobertura universal es entendida como un proceso de modernización de la sociedad y su profundidad depende de la combinatoria de la demanda, las expectativas y los recursos de cada sociedad, sin referirse de manera explícita a un Estado, aunque se considera que una cobertura universal es en sí un logro político. Por ello, un programa de reformas en salud debe mostrar los dividendos políticos del esquema, antes que atender a los beneficios en materia de derechos adquiridos: "El respaldo político a las reformas de la APS depende fundamentalmente de un programa de reformas formulado en términos que pongan de relieve sus posibles dividendos políticos. Para ello debe: responder explícitamente a la demanda creciente [...]; especificar los beneficios sanitarios, sociales y políticos previstos, así como los costos correspondientes, a fin de dejar claros tanto el rédito político previsto como su asequibilidad; estar claramente basado en el consenso de los principales interesados para hacer frente a los obstáculos a la reforma de la APS" (1, pp. 96).

cula con la esfera de los derechos sociales. Así, el derecho a la salud es el que posee el usuario cuando demanda una oferta ampliada y diversificada donde su búsqueda encuentre una respuesta; de ahí que se considere que la extensión de la oferta de servicios de salud —que para el documento está en expansión— como una oportunidad en sí, sin que se distinga si esta ampliación se manifiesta dentro del ámbito público o del privado.

En este contexto de salud universal pero no gratuita, el Informe no obvia la situación de aquellos que no puedan incorporarse a esta modalidad por carecer de recursos, pero destaca que su acceso depende del resultado que tenga este tema en la arena pública: “Los esfuerzos por controlar los costos y mejorar la calidad y el acceso de los grupos desfavorecidos han generado un debate público cada vez más extendido” (1, pp. 105). Se supone que el eje de dicha discusión sería la obligatoriedad de garantizar la inclusión en la salud en estos casos y de qué modo esto podría hacerse efectivo. En ningún momento dichas expresiones en la opinión pública se encuentran imbricadas en una perspectiva de derechos sociales para las personas, entre los que se cuenta la provisión de atención médica más allá de la situación financiera. En este sentido, la distancia marcada entre la provisión de salud y el derecho a obtenerla se encuentra teñida por diversos modos de la expectativa y entre estos se observa el de la “esperanza” que deben tener los países desarrollados de obtener un acceso equitativo a la protección de su salud¹¹. En la alternancia de

demandas, expectativas, esperanzas y accesos se va construyendo una imagen del sujeto destinatario de la salud, de acuerdo con el Informe. De manera individual o colectiva, este usuario de los servicios de atención médica se presenta como atomizado y separado del conjunto: “Las personas esperan también que sus gobiernos adopten una serie de políticas públicas para afrontar los desafíos sanitarios” (1, pp. xix). En todo el documento el sujeto destinatario se caracteriza como informado y, en consecuencia, como alguien que pudo disponer de los datos necesarios para formarse una opinión y decidir, independientemente del país en el que viva: “Los ciudadanos del mundo en desarrollo, al igual que los de los países ricos, no buscan sólo competencia técnica; también quieren que los proveedores de atención sanitaria sean comprensivos, respetuosos y dignos de confianza” (1, pp. 18). Ese conocimiento sería utilizado por “el ciudadano” en pos de un mejor acceso a sectores específicos del mercado de salud, donde la interacción lo expone a ciertos sentimientos resultantes de la calidad del servicio, como la frustración que lo llevaría a presionar por una mejor oferta. No obstante, ese sujeto informado y decidido, cuando es incorporado en una población objetivo, por lo general es referido como “la gente” y entonces pierde su relación con los derechos, con la ciudadanía o con una perspectiva colectiva de acceso¹².

En esa construcción del sujeto que accede a la salud se encuentra la premisa de la APS:

la equidad en el acceso no se habilita mediante el derecho otorgado, sino de la ilusión cumplida.

¹¹ “La esperanza de los países en desarrollo de lograr un acceso equitativo a la protección, incluido el acceso a antivirales y vacunas asequibles en caso de pandemia, está incidiendo en el fortalecimiento de la capacidad nacional y mundial: desde la vigilancia y los laboratorios hasta la transferencia de capacidad para la formulación y producción de vacunas, y la capacidad de almacenar reservas” (1, pp. 72). Es decir,

¹² “Lo que más le importa a la gente son las desigualdades dentro de los países” (1, pp. 37). “Las personas tuvieron la impresión de que se las escuchaba y respetaba – un aspecto clave de lo que la gente aprecia en la atención de salud” (1, pp. 44). “La gente valora una cierta libertad de elección del proveedor de salud porque prefieren a alguien confiable y que la atienda con prontitud y en un entorno adecuado, con respeto y confidencialidad” (1, pp. 45).

que la atención esté centrada en las personas. Si bien esta indicación se refiere literalmente a la necesidad de adecuar los sistemas a los requerimientos de cada paciente, su contracara es la de la individualidad y la despolitización que implicaría pensar en términos de pueblos o de poblaciones de un país: "Centrar la atención en las personas no es un lujo, sino una necesidad, también en el caso de los servicios destinados a los pobres" (1, pp. 18). Se observa el proceso señalado por Quijano, donde los programas de ajuste estructural generan una creciente polarización social de la población, en el marco de la reprivatización social del Estado (15). En relación con esto, ya Menéndez señaló las características engañosas de la llamada "participación social" en el contexto neoliberal: si bien este concepto alude a una actividad que es premisa, objetivo y medio de los procesos de salud/enfermedad/atención, en la perspectiva del neoliberalismo este modelo se volvió "centrado en el individuo y en la competencia como la alternativa más adecuada y 'realista'. Colocaron el eje de la participación social en el individuo, en la autorresponsabilidad personal" (16, pp. 10).

Si los actores colectivos politizados se encuentran ausentes en el documento —y la referencia a lo masivo está casi exclusivamente definido como "la gente"— es de esperar que el Estado, en tanto aparato de Gobierno que concentra diferentes sectores con pugnas y disputas en su interior, también falte en la nómina de participantes interesados en la APS, aunque no está omitido en las consideraciones del documento: solo toma ciertos roles de acompañamiento y facilitación de las reformas que son descritos en forma fragmentaria y deben reconstruirse a partir de la lectura crítica de este Informe. Esta atenuación y ambigüedad del rol activo estatal se incluye en el escenario pensado para estas transformaciones, que se compone de los consumidores, los profesionales médicos y las partes que conforman el

complejo científico-industrial de la medicina y la atención sanitaria. De este modo, la noción de ciudadanía también sufre un embate en la definición de estos cambios, pues si bien se advierte que "es difícil mantener la confianza en la población cuando es mero objeto", dicha población no parece ser tanto de ciudadanos cuanto de usuarios o consumidores del servicio de la salud (1, pp. 15). El uso selectivo de la categoría de ciudadanía y también su inclusión en la "población" de consumidores manifiesta la tensión entre la supuesta igualdad jurídica y política establecida por la idea de "ciudadano", contra una desigualdad social concreta que surge con el capitalismo y se profundiza con el modelo neoliberal. En simultáneo, tal como indica Almeida, la redefinición del papel del Estado en estos procesos fue necesaria como mecanismo de legitimación de las políticas económicas restrictivas que encontraron en el campo de la salud un lugar propicio para ejercer el ajuste (17).

Teniendo en cuenta las referencias fragmentarias y algo espasmódicas que tiene a lo largo del Informe, en este proceso de reformas el Estado adopta un rol en el plano interno como promotor y facilitador de políticas públicas que acompañen las transformaciones necesarias para un sistema basado en la APS; no obstante, a pesar de su influencia pretendidamente disminuida, también tiene una misión en lo que respecta a sus interacciones con los agentes internacionales¹³. En el contexto interior sus políticas deben ser focalizadas y atender problemas

¹³ Como contrapartida, se aclara en el Informe que la participación del Estado no debe implicar una intervención más activa, porque no podría atender la complejidad de la provisión de salud: "La necesaria reinversión en instituciones estatales y paraestatales no puede suponer el retorno a una gobernanza sanitaria de mando y control. Los sistemas de salud son demasiado complejos: los ámbitos del Estado moderno y de la sociedad civil están interconectados y sus fronteras se desplazan constantemente" (1, pp. 87).

específicos que el nuevo sistema de servicios de salud no pueda atender —la salud para quienes no puedan acceder por sus propios medios, por ejemplo—, pero también debe diseñar políticas donde puedan participar sectores no sanitarios y donde también tengan inserción los organismos internacionales¹⁴. Esta incorporación constituye una parte importante de la acción que el Estado debería tener con respecto al escenario internacional, en combinación con una difuminación de la acción específicamente estatal nacional en el conjunto de los Gobiernos locales y de los entes no gubernamentales. De hecho, el Informe aclara que la legitimidad reconocida a los Gobiernos en relación con el sistema de salud que promuevan estará estrechamente ligada con su capacidad de lograr “que los retos sanitarios mundiales se gestionen por medio de la colaboración y la negociación internacional” (1, pp. 80). Esta recomendación se imbrica en el planteo que guía este trabajo sobre las continuidades neoliberales en la propuesta de APS diseñada por la OMS, puesto que si se entiende a este organismo como un dispositivo de reproducción del orden mundial creado después de la Segunda Guerra Mundial, no es incongruente que sus postulados impliquen un sostenimiento del patrón de poder mundial (en términos de Quijano) que delimita ciertos territorios desde donde las decisiones, las tendencias y las construcciones ideológicas se irradian al resto de las zonas del mundo (18). De hecho, el mantenimiento del binomio “desarrollo-subdesarrollo” desde Alma-Ata y, en parte, también en este Informe de APS, es el

modo de sostener el histórico debate sobre estas dos nociones en el marco de recomposición del patrón de poder mundial posterior a 1945.

Por otra parte, en relación directa con el interés mantenido por el documento de enlazar la acción estatal con los objetivos de los organismos internacionales, Ugalde y Jackson han destacado el propósito de estos a la hora de destinar recursos económicos para el diseño de sistemas de salud mediante el análisis del Informe *Invertir en Salud* publicado por el Banco Mundial en 1993:

[...] promover, dentro del sector, su propia ideología de desarrollo [...] minimizar el papel que los gobiernos deben jugar en las intervenciones en salud pública [...] colocar la mayor parte de la responsabilidad de la salud en los individuos [...] y dar rienda suelta a las corporaciones multinacionales para que obtengan los mayores beneficios posibles de los pobres del tercer mundo (19, pp. 50).

Estas conclusiones extraídas por los autores de la lectura crítica de ese documento bien valen para pensar las asignaciones de roles al Estado y a la sociedad, en relación con la presencia de los entes internacionales, en el contexto de las reformas de salud.

b. Criterios mercantiles de la atención sanitaria

En el apartado anterior se estableció la distinción —opacada en el Informe, pero claramente utilizada— entre universalidad y gratuidad: la primera puede no ser pública en tanto llega a estructurarse sobre la base de un sistema que reviste un cierto costo a cuenta de la población que necesita atención médica. En ese sentido, si en este documento la universalidad esconde su contracara de posible no gratuidad, la propuesta se vuelve confusa: el conflicto surge cuando el texto sobre APS se refiere a la uni-

¹⁴ “El imperativo de emprender una acción de salud pública mundial impone más exigencias a la capacidad y la fortaleza del liderazgo sanitario para responder a la necesidad de proteger la salud de sus comunidades. La acción local debe ir acompañada de la coordinación de los diversos interesados y sectores dentro de los países. Requiere, asimismo, que los retos sanitarios mundiales se gestionen por medio de la colaboración y la negociación internacional. Ésa es una responsabilidad fundamental del Estado” (1, pp. 80).

versalidad —una perspectiva que implica que todos puedan acceder a la salud más allá de sus posibilidades económicas—, pero la combina con una postura de defensa al libre comercio¹⁵. Este reconocimiento acrítico del “mercado de salud” no garantiza la inclusión no onerosa de todas las personas, a la vez que reserva opciones marginalistas para aquellos que no puedan pagar por atenderse, pero que por razones de supervivencia deben tener cierta inserción en el sistema de salud de todos modos.

En relación con lo expuesto, esta sección del trabajo abordará la interrelación entre conceptos de salud y conceptos económicos en un marco de propuesta que evalúa con criterios mercantiles y comerciales la provisión de salud y que siguen alejando a esta de su condición de derecho para insertarla en la esfera de los servicios transables y, por lo tanto, sujetos a las leyes de la oferta y la demanda.

El contexto donde las explicaciones económicas sobre salud encuentran asidero es el de una serie de afirmaciones dadas por globales y prácticamente obvias: entre estas “certezas” se encuentra la aseveración de que “en general, las personas gozan de una salud mejor, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años” (1, pp. xii), haciendo referencia a 1978, año de la Declaración de Alma-Ata (2). No se trata solo de que esta observación parece homogeneizar las trayectorias dispares y, en muchos casos, negativas de países desposeídos del mundo, sino que tematiza la situación de salud en el contexto de un “evolucionismo eco-

nómico” mediante el cual las Naciones se embarcarían en una carrera cuyo tránsito tiene al progreso como única meta. Los que no alcancen los estándares previstos no se han esforzado lo suficiente, puesto que para este Informe no existirían las circunstancias históricas, sociales y económicas producidas por y relativas al patrón de poder mundial que achican las chances para algunos participantes de esa especie de maratón, a la vez que acrecientan las posibilidades de los que han sido favorecidos en la distribución del capital económico mundial (20). En simultáneo, estas ideas asociadas con el desarrollo actúan como un denominador común de análisis que utiliza premisas no solo económicas, sino también sociales y culturales, con el fin de actualizar y redefinir el rol del Estado y la sociedad en el sistema de salud, puesto que el control de los diferentes aspectos de la vida cotidiana —que solo en apariencia no serían relativos a la economía— y su subsunción en el patrón de poder mundial constituye un rasgo característico de la configuración del Estado según el esquema descrito por Quijano (20). En esta consideración de “estar mejor, en general” no se atienden cuestiones relativas a los procesos de pauperización de muchos pueblos en los distintos continentes, así como tampoco se ponen en cuestión los esquemas de distribución del ingreso en el plano global. Sobre todo teniendo en cuenta que, como aclara Quijano, el patrón de poder mundial contemporáneo es el primero de la historia de carácter global, donde se articulan todas las formas de control de las relaciones sociales —su incorporación en la perspectiva de salud es un claro ejemplo— y donde todas las instituciones se encuentran en una relación de interdependencia.

Dentro de la reforma eminentemente transformadora que parece producir la APS, la cobertura universal es construida como un mecanismo modernizador que depende de la combinatoria de la demanda, las expectativas de los usuarios y

¹⁵ “El debate de las últimas décadas sobre el carácter público o privado de la atención no ha abordado lo más importante: para la gente, la verdadera cuestión no es si su proveedor de atención de salud es un funcionario público o un empresario privado, ni si los centros de salud son públicos o privados. El tema fundamental es si los servicios de salud se reducen o no a un producto que se puede comprar y vender sobre la base de un sistema de pago por servicio sin regulación alguna ni protección de los consumidores” (1, pp. 15).

los recursos de cada sociedad. El Estado —como ya ha sido señalado— se encuentra ausente en esta formulación de la universalidad, a pesar de que su concreción es considerada un “logro político” y los sectores pobres deben ser asistidos en forma complementaria hasta que puedan incorporarse a ese sistema que también hará uso de sus propias fuentes de financiación:

La amplitud de la cobertura —es decir, la proporción de población que goza de protección social en salud— debe ampliarse progresivamente para abarcar a las personas no aseguradas, es decir, a los grupos de población que carecen de acceso a los servicios o de la protección social contra las consecuencias financieras de recurrir a la atención de salud (1, pp. 28).

No obstante, el reconocimiento implícito de la existencia de sectores sin acceso a los servicios de salud no revela una intención de universalizar la atención médica como derecho, sino que pretende establecer las condiciones de una relación entre dos sociedades, tal como señala Stavenhagen que, por no poder ignorarse por completo una a la otra, mantienen un vínculo asimétrico que es premeditada y claramente desfavorable para la parte “subdesarrollada” o “desfavorecida”, si se utiliza el término empleado en este documento de la OMS (21).

Aunque se trate de un dato complementario, es curioso que el modo de redacción del Informe se vuelva especialmente intrincado o abunde en rodeos en las instancias donde se debe dar cuenta de la necesidad de incorporar también a aquellos que no cuentan con los fondos para hacer frente a su atención de salud en el mercado sanitario. Es por eso, además, que la relación entre la pobreza (o la “falta de recursos”) y los factores causantes de esta situación nunca se refieren a procesos socioeconómicos o históricos y mucho menos a

las décadas de neoliberalismo que incidieron en la reducción del acceso a servicios sociales que son un derecho, como la salud, la educación y la vivienda. Si bien la Declaración de Alma-Ata data de 1978, comienzo oficial de la etapa neoliberal y de los “experimentos” políticos y económicos que se darían en este sentido —con Margaret Thatcher en Europa y Ronald Reagan en América, inaugurando la década del ochenta—, la experiencia de esos años no es referida en el Informe, como tampoco sus consecuencias en los diferentes países parecen merecer consideración en este diagnóstico sobre APS. En lugar de esto, la desigualdad deja lugar a la “inequidad” y los factores de este desajuste se deben a cuestiones que oscilan entre la circunstancia individual y el trasfondo racial que Quijano (15) advierte en los trazados de poder en el mundo, como puede leerse en el fragmento del documento de la OMS que se cita a continuación:

En la actualidad la magnitud de las inequidades en salud está documentada con mayor lujo de detalles. Son fruto de la estratificación social y de desigualdades políticas que caen fuera del radio de acción del sistema de salud. Los ingresos y la posición social tienen su peso, al igual que el barrio donde se vive, las condiciones de empleo y factores tales como el comportamiento personal, la raza y el estrés (1, pp. 26).

El argumento de la raza, en combinación con el estilo de vida (presuntamente siempre elegido), promueve una serie de características asociadas con la identidad que, siguiendo a Quijano, se convierte en un instrumento de clasificación social a partir del cual pueden deducirse explicaciones para las circunstancias concretas que afectan la vida de las poblaciones en el mundo y también estructuran los términos de las relaciones de dominación social (15).

En otro orden de análisis, la existencia de un mercado sanitario incluye, por supuesto, la oferta privada de salud, una cuestión que no es eludida en el Informe; sin embargo, la elección de esta opción es construida de manera explícita como una alternativa de urgencia que fue paulatinamente expandida a causa de los malos resultados de ciertas premisas de APS contenidas en la Declaración de Alma-Ata (2)¹⁶. De hecho, la acción de los agentes comunitarios —considerada en el documento como insatisfactoria a pesar de ser la recomendación más ferviente del encuentro realizado en 1978— es algo que se destaca como factor responsable de la elección mayoritaria de los servicios privados. La atención "deficiente" como un producto del ajuste neoliberal no es algo tenido en cuenta, tampoco los efectos de sectores muy numerosos que por no poder costear su atención médica también han sido "empujados", pero hacia la desprotección sanitaria. En cualquiera de los dos casos —el explicitado y el omitido por el Informe— la elección permanece en la esfera de la libertad individual, necesaria para que el mercado pueda funcionar y es caracterizada como un factor que opera a favor de la credibilidad de la oferta en salud:

La gente valora una cierta libertad de elección del proveedor de salud [...]. La reforma de la prestación de servicios que propugna el movimiento en favor de la APS tiene por objeto situar a las personas en el centro de la atención sanitaria para conseguir que

los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos (1, pp. 45).

En estas consideraciones sobre eficiencia y eficacia, propios de una lectura económica-tecnocrática de la salud, existen ciertos criterios que promoverían estos resultados a la vez que otros los desalentarían; entre estos "reductores de eficiencia" se encuentra la atención sanitaria focalizada y especializada, porque carece de rentabilidad e incentiva el proceso denominado "hospitalocentrismo" (atención de carácter terciario y diversificado). El Informe no tiene en consideración que quienes más promueven los criterios no rentables de la salud son precisamente aquellos que pueden pagar (y de hecho lo hacen con elevados montos) por obtener la atención sanitaria que consideran necesaria o que simplemente desean conseguir. Los principales destinatarios de las reformas de la APS, en cambio, son quienes difícilmente puedan encontrarse en la circunstancia de reflexionar sobre la pertinencia de la consulta médica que requieren y que a menudo no llegan a concretar. En lugar de considerar estas situaciones se evita el debate sobre el tipo de atención médica que constituiría la APS en cada país del mundo —puesto que la desigualdad socioeconómica es productora de diferencias sanitarias y de enfermedades prevalentes que son distintas en cada región— y se resta consideración al hecho de que frente a las dificultades del acceso en su gran mayoría siempre han sido los pobres quienes han debido pagar de más por una consulta médica —como indican Ugalde y Jackson (19)— o bien resignarse a no tenerla.

En esta predominancia de la rentabilidad y de las características mercantiles de la atención sanitaria el Estado debe constituirse en rector de este proceso, en pos de la eficiencia y de la equidad, sin pretender una intervención más minuciosa: "La necesaria reinversión en instituciones estatales y paraestatales no puede su-

¹⁶ "Cuando las estrategias de ampliación de la cobertura de APS han propugnado el uso de trabajadores no especializados como alternativa, en lugar de complemento, a los profesionales sanitarios, la atención proporcionada a menudo se ha considerado deficiente. Esto ha empujado a la población hacia la atención mercantilizada, por considerarla, con o sin razón, más competente, mientras se relegaba el desafío de integrar de forma más eficaz a los profesionales en los servicios de APS" (1, pp. 17).

poner el retorno a una gobernanza sanitaria de mando y control" (1pp. 87)¹⁷. En esta indicación el Informe hace referencia a la imposibilidad de dejar a un lado el equipamiento de los establecimientos públicos, pero estas acciones deben realizarse de acuerdo con el camino que tomen las reformas políticas en sintonía con los intereses de los participantes en el mercado de salud. Este programa de cambios, se aclara, depende igualmente del respaldo gubernamental y por eso deben destacarse sus "dividendos políticos", a la vez que —al igual que pronosticaban los planificadores neoliberales— se debe mantener la firmeza en las primeras etapas reformistas:

Lograr la alineación y el compromiso políticos con la reforma es sólo el primer paso. A menudo, el punto débil radica en la insuficiente preparación de su aplicación. Es especialmente importante comprender la resistencia al cambio, sobre todo entre los trabajadores sanitarios (1, pp. 96).

A la vez que atenuar el rechazo hay que desarrollar "un ejercicio profesional basado en la flexibilidad, el aprendizaje continuo y un liderazgo coordinado" (1, pp. 79).

En relación con los criterios mercantiles de la atención, no resulta un esfuerzo intenso relacionar estas premisas con los imperativos de flexibilización laboral y adecuación de la fuerza de trabajo a las condiciones marcadas por el ajuste neoliberal, pues, como describe Neri, también en la salud se halla un imperativo de racionalización que tiende a ajustar la producción de servicios (en este caso, de salud) en pos de la rentabilidad (22). Siguiendo este razonamiento, la propuesta de APS destaca un

trayecto de cambio del "hospitalocentrismo" hacia la "atención ambulatoria generalista":

La atención ambulatoria generalista tiene las mismas probabilidades que los servicios especializados, si no más, de detectar afecciones comunes potencialmente mortales [...]. Esto se traduce en costos generales más bajos, aunque los resultados sanitarios sean parecidos, y en una mayor satisfacción del paciente (1, pp. 56).

Reducir la atención en hospitales y en consultorios especializados para focalizar la oferta en el plano inicial de la APS no es una propuesta que explique, por ejemplo, cómo se continuaría con un tratamiento específico en el caso de las poblaciones que no tuvieran recursos para traspasar la atención primaria, así como no se cuestiona que no son los sectores más pobres los que provocan la demanda supuestamente sobredimensionada de los servicios de salud especializados. Sin embargo, la transferencia de atención y de atribuciones desde el hospital a la sala de atención primaria conlleva una premisa no menos importante desde sus implicaciones políticas y económicas, pues los servicios locales de APS se construyen como incluidos en el mercado sanitario y, en tanto esto, requieren de las mismas formas de capital que promueven el funcionamiento de los otros servicios de salud. De este modo, el Informe recomienda aprovechar el contexto: "La mejora de la información y los avances tecnológicos están generando nuevas oportunidades —y también un mercado— para transferir gran parte de la atención tradicionalmente basada en el hospital a servicios locales atendidos por personal de atención primaria" (1, pp. 106). El rasgo de "oportunidad" en la oferta de salud, que a la vez de destacar sus dividendos políticos tiene que ser rentable, eficiente y basada en las personas vuelve a insertarse en una perspectiva de mer-

¹⁷ Puede ampliarse el tema con la revisión de Lander (11).

cado sanitario estructurado según las reglas del comercio y de la rentabilidad, no del derecho. Este diseño reproduciría la correlación señalada por Chorny entre segmentación de la sociedad y segmentación de los servicios de salud (23).

Por último, es importante señalar que en este documento de la OMS se observan muchas maneras de referirse a las clasificaciones de países, pero todas se manifiestan en términos económicos; en especial, se refieren a los “países de ingresos altos, medios y bajos” como una forma de organizar el panorama mundial de acuerdo con el presupuesto per cápita de cada Nación. De esta manera, en el Informe de la OMS pueden hallarse sobrados ejemplos del uso de la categoría de “ingreso per cápita” para clasificar a las Naciones según su riqueza o su pobreza. Las consideraciones de capital económico, que los organizan sin ponerlos en relación ni cuestionar la incidencia de los países de ingresos bajos en la posibilidad de otros que tengan ingresos medios o altos, constituyen una forma refractada de la individualidad neoliberal manifestada, en el plano de la ciudadanía, para la caracterización del panorama de la salud y sus transformaciones necesarias. Sus consecuencias, entonces, se inscriben en un proceso normalizador que logra la disciplina y la dominación social por medio de las relaciones sociales tomadas como vínculos económicos, de la consideración de la salud como una mercancía sujeta a la oferta y a la demanda —lejos de una perspectiva de derechos— y del achicamiento de las bases sociales y políticas del Estado como organizador del sistema sanitario con el fin de asignarle un rol administrador y “acompañante” de las transformaciones globales propias del neoliberalismo.

Conclusiones

El fortalecimiento de la atención médica primaria constituye un objetivo que debe ser defen-

dido por todos los sistemas de salud, puesto que las acciones realizadas en esta base de la estructura sanitaria inciden en el desarrollo de patologías, la difusión de enfermedades endémicas y la prevalencia de condiciones insatisfactorias de salud de la población. No obstante, detrás de esta premisa que casi nadie se atrevería a refutar —aunque implique un arduo debate al interior de esta idea general y de múltiples acepciones— se abren diversos caminos con grados diversos de ambigüedad y doble discurso; también se vehiculizan diferentes estrategias de intervención en la esfera de los derechos sociales que deben ser analizadas con meticulosidad y relacionadas con contextos ideológicos más amplios. Este trabajo pretendió realizar esa labor mediante la revisión crítica de un documento que funciona como plataforma teórica y metodológica para la redefinición de la atención inicial de salud en los sistemas sanitarios nacionales, con el fin de destacar que sus lineamientos se correspondían con la perspectiva neoliberal profundizada en las décadas del ochenta y del noventa y que, pese a las apariencias de cambio, persiste en las formulaciones internacionales sobre aspectos centrales de la vida de las poblaciones.

Esta propuesta de APS promovida y recomendada por la OMS transforma las relaciones sociales en mercantiles, desdibuja la idea de la salud como un derecho para transformarla en una mercancía sujeta a las leyes de la oferta y la demanda y redistribuye roles y atribuciones al Estado y a los diversos sectores de la sociedad, promoviendo una nueva experiencia de estatalidad, de ciudadanía y de percepción de la desigualdad socioeconómica, la que se construye en términos de individualismo, responsabilidad personal y adecuación con criterios técnicos y empresariales. En simultáneo, estas reformas indicadas por el documento no explican claramente cómo podría lograrse un acceso más igualitario a la salud, dado que disocia la uni-

versalidad de la gratuidad y, en consecuencia, asegura una oferta diversificada y extendida sin tener en cuenta las fracciones inmensas de población que quedan por fuera de todos los tipos de mercado —también el sanitario, si se siguen los postulados de este Informe—.

Por otra parte, este documento constituye un ejemplo relevante de las construcciones de sentido producidas por el neoliberalismo, que resignificó palabras claves de la planificación política y aprovechó los recursos del lenguaje para instituir un régimen de veridicción (en términos de Foucault) dentro del que todos los procesos de empobrecimiento, falta de acceso a la salud, crecimiento de la brecha entre ricos y pobres y nuevas formas de colonización y dominación encuentran una explicación racional o, en el peor de los casos, una ignorancia premeditada. Así es como en todo el texto del Informe es posible eludir la familia semántica del término “neoliberalismo” y, a la vez, trabajar con los sentidos estrechamente ligados con el ajuste y

el desmantelamiento de la antigua vinculación entre Estado y sociedad: el uso de “reformas”, “servicio”, “expectativas”, “países desfavorecidos” y “desarrollo” constituye un buen ejemplo de estas hábiles maniobras simbólicas.

Finalmente, estas observaciones resumen lo que el Informe parece defender: una atención de salud fuertemente imbricada en el modelo capitalista neoliberal, que digita el rol del Estado en un contexto global de dominación social y, de acuerdo con ello, ubica a los participantes interesados (ciudadanos, organismos internacionales, laboratorios, agentes de provisión de atención médica privada, etc.) de acuerdo con una óptica individualista, mercantil y hegemónica de la salud. Es por eso que, detrás de las supuestas transformaciones en una década que se construye como superadora de los esquemas de ajuste de los años precedentes, se hallan las continuidades más fuertes y camaleónicas de un modelo de exclusión construido según las recetas resultantes del patrón de poder mundial.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el año 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: Autor; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata: Autor; 1978.
3. Academia Nacional de Medicina, Subcomisión de Salud Pública. Análisis y comentarios al informe de la OMS sobre la salud en el mundo en el año 2000: “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Cuad méd soc 2001 abril; (79): 23-31.
4. Banco Mundial. América Latina y el Caribe. Diez años después de la crisis de la deuda. Washington, D.C.: Autor; 1993.
5. Escobar A. El final del salvaje. Naturaleza, cultura y política en la Antropología contemporánea. Bogotá: Cerec; 1999.
6. De Oliveira F. ¿Hay vías abiertas para América Latina? En: Boron A. (Comp.). Nueva hegemonía mundial. Alternativas de cambio y movimientos sociales. Buenos Aires: Clacso; 2004. p. 208-14.
7. Rimoldi de Ladmann E. Los organismos internacionales. Derecho a la salud. Organización Mundial de la Salud. En: Rimoldi de Ladmann E. (Comp.). Derecho a la salud y servicios de salud en el orden internacional y regional. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones, Facultad de Derecho, UBA; 2007.
8. Almada Bay I. La crisis y la salud. Cuad méd soc 1986 marzo; (35): 37-51.
9. Repetto F. Gobernabilidad y capacidad de gestión pública: las políticas frente a la pobreza en Chile y Argentina (1990-1998). Cuad méd soc 1999 noviembre; (76): 88-107.

10. Belmartino S, Bloch C. Desregulación/privatización: la relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina. *Cuad méd soc* 1998 mayo; (73): 5-27.
11. Lander E. ¿Modelos alternativos de integración? Proyectos neoliberales y resistencias populares. *OSAL* 2005 enero; (15): 45-56.
12. Cueva A. El desarrollo del capitalismo en América Latina. México D. F.: Siglo XXI Editores; 1999.
13. Boron A. Quince años después: democracia e injusticia en la historia reciente de América Latina. En: *Tras el búho de Minerva. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 5-30.
14. Ugalde A, Homedes N. La clase dominante transnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias de América Latina. *Cuad méd soc* 2002 octubre; (82): 78-93.
15. Quijano A. El laberinto de América Latina: ¿hay otras salidas? *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales* 2004; 10 (1): p. 75-97.
16. Menéndez E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuad méd soc* 1998 mayo; (73): 6-32.
17. Almeida C. Reforma del Estado y reforma del sistema de salud. Experiencias internacionales y tendencias de cambio. *Cuad méd soc* 2001 abril; (79): 24-39.
18. Araujo de Mattos R. Las agencias internacionales y las políticas de salud en los años 90: un panorama general de la oferta de ideas. *Cuad méd soc* 2002 octubre; (82): 87-97
19. Ugalde A, Jackson J. Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *Cuad méd soc* 1998 mayo; (73): 85-98.
20. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander E. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: Unesco-Clacso; 2003. p. 201-46.
21. Stavenhagen R. Siete tesis equivocadas sobre América Latina. En: *América Latina, ensayos de interpretación sociológico-política*. Santiago de Chile: Universitaria; 1965. p. 82-93.
22. Neri A. La reforma del sistema de salud. *Cuad méd soc* 2000 abril; (77): 52-60.
23. Chorny A. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuad méd soc* 1998 mayo; (73): 5-28.