



Facultad de Ciencias Médicas Centro Interdisciplinario
Universidad Nacional de La Plata Universitario para la Salud

LA EQUIDAD EN SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL *

LAS RAZONES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS Y LA TEORÍA DE LA COMPLEJIDAD COMO
BASE PARA UNA PROPUESTA LEGISLATIVA EN LA TRANSFORMACION DEL SISTEMA DE
SALUD

José María Paganini MD DSP, MPH, DrPH **

* Ensayo en base a documento presentado en la Academia Nacional de Medicina con motivo de recibir la designación de Miembro Correspondiente Nacional. 30/05/2013

** Director del Centro INUS – Facultad de Ciencias Médicas – UNLP Argentina
Académico Correspondiente Nacional – Academia Nacional de Medicina Buenos Aires
Presidente del CENAS. Centro para la Acreditación en Salud.
paganini@netverk.com.ar / centroinus@yahoo.com.ar

La Ciencia Médica y la Responsabilidad Moral

“la acción de la medicina debe ser no solamente curar enfermedades sino promover la salud” “fijare el régimen de los enfermos del modo que le sean más convenientes según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia”. Hipócrates. 2500 a.C.

“si las ciencias médicas deciden avanzar hacia la aplicación justa de sus abundantes conocimientos, será necesario el desarrollo de principios de equidad basados en la ética filosófica” y “para que esto sea posible, las instituciones de salud deben tomar conciencia de su papel de agentes morales de la sociedad, reflejando en sus prácticas gerenciales, su ética institucional y su estrategia de acción para cumplirla”. E. Pellegrino 1981

El sistema de Salud

“La diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza” G. Harlem Brundtland OMS 2000

“Algo anda mal. Por primera vez la Salud Pública ha logrado definir y acumular compromisos, recursos y conocimientos. Lo que falta es lograr que el poder de esos conocimientos se junte con el poder de los sistemas de salud para entregarlos a la población que los necesita, con la adecuada cantidad y calidad”. M. Chan OMS 2007

“ .. Aún persisten desigualdades inaceptables en los niveles de salud y atención de la salud...La falta de cobertura universal con equidad, solidaridad e inclusión”.....no se puede resolver superficialmente con estrategias aisladas”. C Etienne OPS 2013

Resumen

A pesar de los compromisos adquiridos y las declaraciones de los últimos 60 años la equidad en salud no se logró. Los organismos internacionales, los líderes del sector, los estudios académicos así lo reconocen. No se han definido aún políticas sistémicas que logren cumplir con ese desafío.

Como una contribución para un debate necesario y urgente en ese sentido se presentan las razones de las ciencias médicas y los aportes de las teorías de la complejidad incorporados en un proyecto de marco legal.

Introducción.

La salud es uno de los derechos básicos del ser humano. Hoy debemos reconocer que, lamentablemente, ese derecho no se distribuye igualitariamente. Lograr la equidad y calidad para todos es una responsabilidad social. Un desafío sistémico.

Esta presentación tiene como objetivo contribuir a un debate que permita la definición de políticas sistémicas de salud para la equidad y la calidad.

En nuestra opinión este debate debe realizarse teniendo en cuenta fundamentalmente las necesidades de la población y el balance adecuado de las contribuciones sectoriales pero también dentro de un marco de conocimientos y estrategias científicas y de reflexión filosófica.

Para este debate le otorgamos a las ciencias médicas ya sea en su evolución histórica, moral y científica como en su desarrollo teórico y práctico por la salud individual y colectiva, una responsabilidad fundamental.

Para nuestro análisis hemos decidido considerar los últimos 60 años de la Salud Pública por dos motivos. Por un lado, porque en este período se han definido importantes documentos conceptuales y de política relacionados con la salud, y por otro lado porque tenemos la posibilidad de hacerlo con dos generaciones de políticos, sanitaristas, médicos, expertos, muchos de ellos aun con activo protagonismo. Será, por lo tanto, un análisis no solo de una historia contada sino también de una historia vivida.

Antecedentes

En los últimos 60 años identificamos cuatro documentos conceptuales, de políticas de salud y de definición de compromisos sociales.

Estos documentos son: La carta de creación y la constitución de la Organización Mundial de la Salud aprobada en 1946¹. La declaración universal de derechos humanos definida a través de la Organización de las Naciones Unidas en 1948². El compromiso de lograr la meta de Salud para todos en el año 2000 definida por la Asamblea Mundial de la Salud, OMS 1977³ y la declaración política de Río a través de las Naciones Unidas que define los compromisos de los países para realizar acciones concretas en relación a los determinantes sociales de la salud en 2011⁴.

En estos cuatro documentos encontramos una unidad conceptual. Todos concuerdan en la definición de salud como un bien individual y social y en la estrecha relación con el

desarrollo económico social sostenible. Se define también a las acciones orientadas a la salud como un conjunto indivisible de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento tanto en sus componentes biológicos, sociales y ambientales.

Se acuerda además que la salud es un derecho humano básico y en la necesidad de lograr cobertura universal en base al diálogo permanente participativo de todos los actores del estado y de la sociedad civil.

En el campo de la filosofía moral, la economía y el desarrollo destacamos otros cuatro documentos. La contribución de John Rawls⁵ en su libro sobre una teoría de la justicia y los trabajos de Norman Daniels donde aplica dicha teoría específicamente a la justicia en salud⁶.

En ambas propuestas se hace énfasis no solo en la necesidad de lograr justicia para todos sino también en la importancia del procedimiento para ese fin.

En la economía los aportes de los premios Nobel Muhammad Yunus⁷ y Amartya Sen⁸ identifican a la salud como acciones prioritarias de toda sociedad para llegar a la definición y ejecución de justicias específicas.

Surge de estas declaraciones la importancia que se le otorga al sistema de salud y a las ciencias médicas como actores importantes para la equidad y calidad.

Concluimos, que en los últimos 60 años se ha definido un mandato social y un marco conceptual con alto consenso valorativo. La salud es un bien social y un derecho básico humano

En este período se han logrado éxitos para la salud colectiva. Destacamos entre ellos la erradicación de la viruela (OMS1980), y la poliomielitis (OPS 1994) así como el control del sarampión y de otras enfermedades transmisibles. Logros alcanzados en base a una conjunción positiva de saberes aportados por las ciencias básicas, la investigación tecnológica así como, por políticas públicas de apoyo a estas actividades, y por la adecuada organización de los recursos de los sistemas de salud, el compromiso del personal de salud y por la participación activa de la sociedad. Un ejemplo de complementación de ciencia, estado, sociedad civil, con objetivos claros.

Observamos además importantes avances en conocimientos relacionados con la promoción de la salud, tecnologías específicas de diagnóstico y tratamiento además en una mejoría de la situación general de salud medida por indicadores globales de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida⁹.

Una conjunción de conocimientos de las ciencias médicas y del desarrollo social global. Sin embargo es necesario destacar desde ya las limitaciones de utilizar promedios nacionales los que si bien marcan macrotendencias positivas pueden esconder graves diferencias en las oportunidades de desarrollo social así como en situación de salud de grupos poblacionales. Es decir falta de equidad social.

Pero a pesar de los éxitos mencionados aún persisten desigualdades en la salud y atención de la salud de grandes sectores de la población. Existe consenso generalizado que el desafío de la equidad en salud no ha sido resuelto. Una agenda no cumplida. Ya en 1973 un documento de la OPS afirmaba que un alto porcentaje de la población de los países, (37%) no recibía atención adecuada¹⁰. Situación que persiste siendo documentada en documentos de organismos internacionales donde se continúa

destacando la preocupación “sobre el problema de exclusión en salud y en el acceso a los servicios de salud.”^{11- 12- 13}

Se concluye que las metas definidas de salud para todos con cobertura universal no se cumplieron. En este período se analiza también la calidad de la atención.

Diversos estudios e informes concluyen que existe un abismo entre los conocimientos acumulados de las ciencias médicas y la forma en que esos conocimientos llegan a la población. Se afirma así que un sistema de salud con problemas de organización puede llegar a producir eventos adversos estimados entre un 10 a 20 % de los egresos hospitalarios muchos ellos pueden llegar a provocar muertes no deseadas¹⁴⁻¹⁵

El problema es sistémico

El análisis anterior no nos deja dudas. El logro de la equidad y calidad de la salud es un desafío sistémico. Un desafío para una adecuada distribución de los conocimientos para la salud.

Los organismos internacionales especializados y los líderes de la salud pública lo vienen refiriendo en sus informes periódicos.

En este sentido en el año 2000 la OMS en su informe destinado a los sistemas de salud concluye:¹⁶

“La diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza” G. Harlem Brundtland

Y en el año 2007 la directora de la OMS Margaret Chan afirmaba:¹⁷

“Algo anda mal. Por primera vez la salud pública ha logrado definir y acumular compromisos, recursos y conocimientos. Lo que falta es lograr que el poder de esos conocimientos se junte con el poder de los sistemas de salud para entregarlos a la población que los necesita, con la adecuada cantidad y calidad”.

Sucesivas publicaciones de la OMS y OPS¹⁸⁻¹⁹ insisten nuevamente en que los sistemas de salud muestran falta de solidaridad e ineficiencia fijando prioridades a corto plazo, con problemas de coordinación, de gobernabilidad”

El informe del PNUD Argentina del año 2010 insiste nuevamente en la falta de coordinación y articulación del sistema de salud.²⁰ En el año 2012 la OMS publica un análisis de los sistemas de salud de 185 países concluyendo que la mitad de ellos no están preparados para enfrentar los futuros desafíos de la atención especialmente los relacionados con las enfermedades crónicas.²¹

En su informe sobre la salud en los países de Sudamérica del año 2012, la OPS concluye que el logro de la equidad y el acceso efectivo con calidad y su relación con los determinantes sociales y el bienestar es una agenda no cumplida.²²

Más recientemente en 2013, la Directora de la OPS Clarissa Etienne en su discurso de asunción como Directora de la OPS en Ginebra propone una clara política de acción

afirmando²³ “aún persisten desigualdades inaceptables en los niveles de salud y atención de la salud dentro de cada país y entre países insistiendo en la necesidad de lograr sistemas de salud orientados a la “cobertura universal con equidad, solidaridad e inclusión”. Concluyendo: “este problema no se puede resolver superficialmente con estrategias aisladas”. Nuevamente un llamado a un desafío sistémico. La necesidad de un debate profundo para lograr definir una estrategia sistémica para la salud es evidente. Debemos explorar nuevos enfoques conceptuales. Pasar de las políticas aisladas a políticas sistémicas. En este sentido recurrimos a dos pensadores críticos de los resultados sociales de la modernidad

Sobre este tema nos interesa destacar la opinión del filósofo humanista Bertrand Russell quien en su crítica a políticas sociales afirma²⁴ “resulta paradójico que mientras los que aplican el método científico se esfuerzan en aclarar sus limitaciones y dudas ello no ocurre en aquellos que definen políticas o implementan programas sin resultados donde no admiten la posibilidad de error, por el contrario se enorgullecen en mantener sus políticas y estrategias por años haciendo gala de una mala entendida continuidad”

Jürgen Habermas en su análisis sobre las expectativas de la modernidad 1985²⁵ decía en la modernidad se produce un vacío entre las promesas y las expectativas, se crea un horizonte de expectativas no cumplidas en donde los propios actores actúan como observadores externos con críticas donde no se sienten responsables y ellos mismos continúan actuando como observadores ajenos a los resultados. Afirmando que, la modernidad es un proyecto sin cumplir. Esta misma conclusión, pensamos, puede ser hoy aplicable a la salud.

Las promesas de equidad, solidaridad, justicia son parte de un proyecto sin cumplir, una agenda no finalizada.

Nos preguntamos, no estaremos dentro de la crítica de Einstein cuando decía “No pretendamos que las cosas cambien, si seguimos haciendo lo mismo”

La solución sistémica

El rol activo de las Ciencias Médicas

Continuando esta línea de pensamiento pretendemos hacer en este documento un aporte para un debate, para definir políticas sistémicas que faciliten la integración y aplicación de los conocimientos para lograr una efectiva solución a los problemas de equidad, calidad, e inclusión social.²⁶

Recordamos que en su origen griego la palabra sistema significa “poner las cosas juntas”

Necesitamos un debate en cómo poner las cosas juntas, científicamente. Como lograr la participación activa de todos los actores. El estado, la sociedad civil, los prestadores, la financiación, la población, la academia, las universidades.

Y como hacer, de esa participación activa, un aporte concreto para una mejor salud para todos.

Debemos completar la definición de la meta de salud para todos con una política de salud con todos.

Para hacer esta propuesta exploraremos no solo el conocimiento científico acumulado sobre el tema sino también su método y las estrategias de creatividad científica aplicada a los sistemas, al servicio de políticas para la equidad y calidad en salud.

Para ello proponemos una actitud activa de las ciencias en general y de las ciencias médicas en particular.

Utilizamos el poder de la ciencia como un aporte para la armonización de los saberes. Siguiendo a Bunge nuestra hipótesis de trabajo parte de considerar que²⁷ “Así como las ciencias médicas, en su praxis, son el resultado de la armonización de diversas disciplinas, la organización del sistema de salud debe ser también el resultado de una estrategia científica de creatividad y de armonización de saberes en el ámbito social.”

Los conceptos de razón y paradigma aplicados a la salud

En la búsqueda de una teoría para la organización del sistema de salud exploramos los conceptos de razón y paradigma desarrollados por la filosofía y los debates epistemológicos sobre el tema.

El concepto de razón²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹ se lo define como “una virtud del ser humano de pensar, analizar y emitir juicios para definir principios, armonizar saberes y elaborar procesos creando nuevas formas de análisis y soluciones a partir de otros conocimientos y experiencias”.

El ejercicio de la razón consiste, por lo tanto, en la búsqueda de relaciones es decir de la armonía de la ciencia, en un marco de principios y valores combinados con la experiencia y la estrategia de aplicación justa de los conocimientos.

Por otro lado tomamos el concepto de paradigma desarrollado por Thomas Kuhn³² como un sistema de ideas que actúa como un marco de referencia elaborado por una comunidad de trabajo para definir un proyecto de acción investigación permanente que se construye con principios y conocimientos aceptados democráticamente con el fin de facilitar las relaciones entre diferentes saberes, jerarquizar las asociaciones, valorizar y potencializar las ideas rectoras del pensamiento hacia objetivos comunes.

Con estas definiciones observamos una relación directa entre el concepto de razón y la construcción de un paradigma social

Es decir tanto el ejercicio de la razón como los procesos hacia la construcción de un paradigma llevan a sistemas de pensamiento colectivo para la definición de políticas, el nacimiento de la creatividad y de soluciones con mayor coherencia social.

Una actitud que no rechaza lo simple ni el determinismo, ni las verdades específicas sino que trata de obtener de todos los saberes la potencialidad de cada uno para el desarrollo sistémico.

El paradigma se nutre de la razón. La razón requiere la construcción de un paradigma. De esta forma desarrollamos tres dimensiones de la Razón

La fortaleza de las Ciencias Médicas La Razón Ética Moral.

Los principios definidos por Hipócrates hacen unos 2.500 años³³ le otorgan a las Ciencias Médicas su actual fortaleza Moral

Decía Hipócrates “la acción de la medicina debe ser no solamente curar enfermedades sino promover la salud” y en su corpus hipocrático afirmaba: “fijare el régimen de los enfermos del modo que le sean más convenientes según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia”.

Si trasladamos este mensaje hipocrático al sistema de salud encontramos allí las orientaciones morales para la adecuada utilización de los saberes en base a los principios, de solidaridad, justicia, equidad y calidad.

En el área de la salud podemos entonces afirmar, con orgullo, que estos principios éticos morales constituyen una de las primeras expresiones hacia un mandato moral que recibe un saber.

A partir de allí y a través de estos últimos 2.500 años, el sistema de salud recibió permanentes aportes que contribuyen a afirmar una razón ética moral para el sistema de salud. Lo resume admirablemente el filósofo médico Edmund Pellegrino³⁴ donde propone:

“...una reconstrucción pos-hipocrática de la ética médica pasando de la ética individual a la ética colectiva afirmando “nunca las bases conceptuales de la medicina han tenido un impacto en la humanidad como actualmente y nunca ha sido más urgente examinarlas críticamente, dialécticamente, especulativamente, es decir filosóficamente...” Concluyendo “si las ciencias médicas deciden avanzar hacia la aplicación justa de sus abundantes conocimientos, será necesario el desarrollo de principios de equidad basados en la ética filosófica” y “para que esto sea posible, las instituciones de salud deben tomar conciencia de su papel de agentes morales de la sociedad, reflejando en sus prácticas gerenciales, su ética institucional y su estrategia de acción para cumplirla”.

La razón ética moral es una de las fortalezas del sistema de salud. Fortaleza interna para su organización y fortaleza externa dentro de los diversos sectores del desarrollo.

La salud debe ser un actor activo de las políticas hacia la igualdad y la justicia

Pero además de la fortaleza moral el sistema de salud exhibe una incuestionable fortaleza científica.

La fortaleza de las Ciencias Médicas La Razón Científica

Es la segunda dimensión de la razón que analizaremos

Rigor científico que surge de la aplicación de la lógica experimental que posibilitó la producción de conocimientos tanto para la promoción de la salud como para la prevención de enfermedades, diagnósticos y tratamientos.

Este rigor científico aplicado en las ciencias básicas se desarrolló también en las investigaciones relacionadas con las ciencias epidemiológicas³⁵ y en las investigaciones

de estudios clínicos, de programas de salud, de tecnologías médicas, de recursos humanos y pedagogía médica agrupadas en las denominadas investigaciones de sistemas y servicios de salud con diseños quasi experimentales³⁶

Esta última área de conocimiento fue desarrollada en las últimas décadas por investigadores del sistema de salud. Destacamos entre ellos al Profesor Kerr White en la Universidad de Johns Hopkins en la década de los años 60 iniciando con el patrocinio de la OMS un estudio colaborativo de sistemas de salud con base poblacional con la participación de investigadores de Argentina, Canadá, Estados Unidos, Finlandia, Reino Unido Polonia Yugoslavia.³⁷ . Esta área de conocimiento se extendió en Latinoamérica Brasil, Chile ,Colombia, México y en otros países y en Argentina, a partir del año 1970 en el Centro Latinoamericano de Administración Medica (CLAM) bajo el liderazgo del académico A Sonis .^{38 39}

Posteriormente al comienzo de los 90 fue el Dr. White quien con el patrocinio de la OPS y de su Director el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, recopiló el conjunto de conocimientos existentes desde 1914 hasta 1990 incluidos en la publicación científica 534 de la OPS⁴⁰

A partir de la década de los 90 esta área creció notablemente. Dentro de la Academia Nacional de Medicina y en otros ámbitos de estudio contamos en Argentina con importante evidencias sobre las formas de organización y gestión relacionadas con la equidad, la calidad y la eficiencia.^{41 42 43}

Aunque falta una recopilación similar de las últimas dos décadas se puede afirmar que contamos con importantes conocimientos y evidencias los que adecuadamente utilizados pueden ser de gran utilidad para la definición de políticas y estrategias para orientar la organización y gestión del sistema de salud hacia la cobertura universal, accesibilidad, humanización, calidad, seguridad y eficiencia

Si bien estas evidencias se están aplicando con éxito en algunas experiencias de gestión local e institucional, lamentablemente no se ha logrado aún un desarrollo sistémico que oriente a todos los componentes de un sistema de salud con ese mismo objetivo

Los mandatos morales y científicos de las ciencias médicas no han sido suficientes para lograr los objetivos esperados. En términos sistémicos se puede afirmar que existe un bloqueo de creatividad. La mayoría de las decisiones de políticas de las últimas décadas fueron repeticiones de estrategias anteriores o las nuevas políticas y estrategias fueron orientadas a programas o subsistemas aislados sin una visión sistémica integral.

Consideramos por lo tanto que la teoría y práctica de la salud pública necesita en forma urgente una revisión crítica de sus políticas y estrategias las que deben orientarse hacia un paradigma para el desarrollo sistémico el que, tomando en cuenta los compromisos morales y los conocimientos de las ciencias de la salud permita completar el “qué hacer” de las declaraciones al “cómo hacerlo” sistémico.

Es decir lograr avanzar desde las promesas y declaraciones, de los diagnósticos de los últimos 60 años a cumplir con el desafío de la equidad y calidad para todos.

Para ello entendemos que es necesario completar el desarrollo de la razón moral y la razón científica antes mencionadas por una tercera dimensión de la razón que denominamos la razón de la complejidad sistémica social.

Para ello exploraremos las bases teóricas y las experiencias empíricas sobre el tema

La razón sistémica

La necesidad de un nuevo paradigma para sistemas sociales complejos

Podemos identificar el origen de este debate en la década de los 40 a partir de las denominadas teorías de la vinculación y de la ciencia de la complejidad ⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹⁻⁵⁰ las que se desarrollaron con la participación de la mayoría de los saberes y ciencias preocupadas por el estudio de la realidad como un todo. Aceptando que las mismas tienen su origen tanto en los debates históricos de reflexión filosófica como en los de las ciencias sociales, como la antropología social, la sociología, la psicología social, las ciencias políticas, las ciencias administrativas y las ciencias económicas entre otras, este movimiento toma nuevo énfasis bajo el paradigma de la unidad de la ciencia con los aportes de la mayoría de los campos del saber. Mencionamos entre ellos a la física, con Norbert Wiener con el estudio de los sistemas regulatorios, la biología con Ludwig von Bertalanffy, en la química y la cibernética con Ilya Prigogine. En la pedagogía y la educación con Rolando García y Jean Piaget.

A estos debates se incorporan las neurociencias y los conceptos de autocontrol, el caos y el equilibrio sistémico. Todo ello contribuye a la construcción de la denominada ciencia de la complejidad con los aportes de John Holland en el Instituto Santa Fe de California con la teoría de los sistemas complejos adaptativos; con Edgar Morín en sus aportes sobre la epistemología de la complejidad y las teorías de redes y del entramado social. El concepto de autoorganización con Heinz von Foerster y los métodos de la transdisciplinariedad contenidos en la declaración de Portugal ⁵¹.

Contamos por lo tanto con un conjunto de conocimientos y estrategias avalados por la mayoría de las ciencias, a los que las ciencias médicas y la salud pública no pueden desconocer no solo para orientar sus políticas y estrategias sistémicas sino además para aplicarlos a la gerencia y la administración de sus instituciones y programas. ⁵²⁻⁵³

De ellas extraemos conceptos de gran valor para la definición de políticas sistémicas en salud.

El primero de ellos a tener en cuenta es el concepto de “complejidad sistémica”

Una característica fundamental de un sistema complejo es su integración por diferentes subsistemas y sistemas asociados quasi autónomos actuando en base a diferentes lógicas y grados de libertad y con compromiso de acciones internas y externas derivadas de su amplia relación con el contexto.

En este tema resulta de interés destacar que en la mayoría de los países la evolución histórica política y administrativa ha sido orientada a positivos procesos de desarrollo democrático que incluye la participación y la descentralización.

Esta situación ha llevado a identificar en la mayoría de los diagnósticos sistémicos el concepto de fragmentación y o segmentación definida como una característica negativa

cuando en realidad y en base a las teorías de la complejidad, la denominada fragmentación sistémica surge de la composición múltiple institucional de los mismos. Estas diversas instituciones son las que le otorgan al sistema su potencialidad y riqueza de objetivos.

De ello se destaca además la necesidad de definir análisis y estrategias de desarrollo específicas de cada una para posibilitar su contribución a los objetivos finales compartidos. Por lo tanto las definiciones de políticas deberán contemplar estrategias de armonización de procesos y actividades.

Es una complejidad epistemológica y social.

Otras características de la complejidad sistémica lo constituyen los procesos espontáneos de autoorganización y autoaprendizaje que se originan de las relaciones múltiples en red con el desarrollo de la comunicación, la investigación y la utilización de los sistemas de información y el cumplimiento de estándares para la autoevaluación y autocontrol con el objetivo de contribuir a la homeóstasis del sistema y a su ajuste permanente para la armonización de los saberes.

En el caso del sistema de salud estas características permite denominarlo como un sistema hipercomplejo ya que se nutre de los aportes permanentes surgidos de los sistemas y componentes que lo integran, de la investigación científica y de las demandas crecientes de las necesidades de la población y de la sociedad para una mayor eficacia, efectividad y eficiencia en la utilización de los recursos.

Se desprende de ello que toda política y estrategia para el desarrollo sistémico no debe ser combatir ni anular la complejidad, ni en la definición de políticas aisladas o de simplificación que llegan a limitar el adecuado desarrollo sistémico.

Las soluciones parciales de estas políticas aisladas a veces llegan a ocultar o a hacer olvidar la visión sistémica y cuando se repiten por años, se transforman en lo que Lyotard llama “la dictadura del mensaje”.⁵⁴

El desafío consiste en, a través de la autorreflexión, lograr un horizonte de entendimiento de cada subsistema⁵⁵ y a partir de allí desarrollar un plano de relaciones sistémicas que pueda ser utilizado por todos los subsistemas y componentes para una reorientación de la energía sistémica hacia principios y objetivos comunes

Las experiencias recientes de políticas sistémicas

En las últimas décadas identificamos en la literatura especializada propuestas teóricas de políticas sobre la necesidad de un enfoque sistémico para la salud.^{56-57 58} Identificamos además relatos de experiencias que aportan información para avanzar en la definición de políticas e intervenciones en sistemas de salud.

Entre ellas debemos mencionar el informe de la OPS relacionado con las opciones de políticas de salud⁵⁹ y el estudio realizado en Canadá sobre una recopilación bibliográfica de acciones globales.⁶⁰ En el primero de ellos destacamos la mención de la urgente necesidad de lograr la cobertura universal y la evaluación de las inequidades y su relación con la acción intersectorial.

El segundo informe luego de analizar unas 80 experiencias sobre intervenciones de transformación sistémica se define lo que se denominan reglas básicas para definir

políticas sistémicas. Entre ellas la promoción del liderazgo compartido en todos los componentes y niveles del sistema; el desarrollo de procesos educacionales posibilitando el autoanálisis a partir de los sistemas de información y lograr la activa participación de los médicos, de los profesionales de la salud y de todo el personal; de la población y finalmente la importancia que se le otorga al respeto por la historia.

Una propuesta para la acción . Un marco legal para despertar de las potencialidades y la inteligencia sistémica

Hacia el derecho a la salud y la calidad para todos

El desarrollo de las tres dimensiones de la razón antes expuestas nos conduce a la elaboración de un marco legal con el objetivo despertar las potencialidades y la inteligencia sistémica.⁶¹

Se lo puede definir como un “proyecto de ley paradigma” que apoya y ayuda al crecimiento de todos.

Una ley como un acuerdo docente pedagógico de investigación con el objetivo de asegurar el derecho a la salud y la calidad para todos.

Esta ley paradigma se compone no solo de mensajes normativos sino también de mensajes estratégicos es decir no solo que hacer sino como hacerlo.

Se parte de la identificación de todos los actores de los niveles, nacional, provincial, municipal del estado y de la sociedad civil.

En la conducción, en los programas, a todos los prestadores, financiadores y las instituciones de capacitación, de investigación y la comunicación.

Todos ellos se incorporan a procesos de autocontrol y autoorganización y la definición de planes estratégicos de desarrollo a través de la aplicación de protocolos de gestión y protocolos de atención de la salud y la aplicación de los indicadores definidos. No es un programa político aislado, es un paradigma de teoría y ciencia sistémica para la salud. Consiste en el comienzo del desarrollo de un sistema de salud con base científica social. Para ello se utilizan las evidencias que identifican los estándares y los indicadores a utilizar.

La propuesta de ley que se presenta tiene por lo tanto apoyos teóricos y de experiencias en los siguientes objetivos.

Respetar las características de complejidad del sistema de salud facilitando el nacimiento de diferentes estrategias para potenciar la contribución de todos los actores, componentes, subsistemas, sistemas asociados, a los objetivos finales del mismo. Teniendo en cuenta la historia y el nivel alcanzado por cada uno.

Lograr un acuerdo participativo de todos los actores sobre los principios éticos y los mandatos de la razón moral de la salud y las evidencias de la razón científica para la armonización de todas las actividades promoviendo una actitud de pensamiento relacional hacia la equidad y calidad.

Poner en práctica las denominadas políticas horizontales y verticales en forma simultánea identificando a todos los niveles de gobierno y la sociedad civil, nacional, provincial y local, en todos los sistemas locales, las instituciones de prestación, las redes de servicios, todos los planes y programas, los sistemas de formación de recursos humanos, de investigación y los sistemas de financiación.

Definir y aceptar por consenso los estándares básicos genéricos y específicos en base a los principios y evidencias expresadas en protocolos de acción⁶², que actúen como catalizadores para orientar el desarrollo de cada componente sistémico.

Posibilitar el desarrollo de un sistema de información amplio con indicadores institucionales de cumplimiento de estándares e indicadores epidemiológicos nacionales y locales, que midan los riesgos de los determinantes sociales y ambientales de la salud. Por condición de vivienda, geográfico, nivel social económico, educación, situaciones demográficas, riesgos específicos de salud.

Evaluar permanentemente los resultados de la población según los determinantes sociales tanto a nivel global como local al mismo tiempo en base a indicadores que se originan en los niveles locales, en relación a poblaciones en riesgo y actividades y resultados en promoción, prevención y su atención midiendo accesibilidad, cobertura, continuidad y contenidos en base a riesgos y necesidades específicos hasta evaluar los resultados alcanzados.

Evaluar la satisfacción y participación de la familia, el personal de salud y la comunidad.

Facilitar y promover el desarrollo de procesos de autoevaluación autocontrol, y evaluación externa sobre la aplicación y el desarrollo de los estándares definidos.

Promover el desarrollo en cada nivel de intervención tanto en la conducción, programas instituciones y redes locales, la definición de planes estratégicos con identificación de problemas actividades e indicadores para su cumplimiento.

En conclusión lo que se pretende es promover una nueva racionalidad sistémica y una actitud científica social, favoreciendo la comunicación interna y externa entre actores y la población. Se promueve la participación la autoevaluación y la autoorganización como un proyecto continuo de investigación evaluativa utilizando el poder unificador de la ciencia para contribuir a dar continuidad a este proceso.

Por lo tanto la ley está orientada a fortalecer la gobernanza en todos los niveles del gobierno, nacional, provincial y municipal, y la sociedad civil. También en las instituciones de atención de la salud y los programas de salud así como todas las instituciones educacionales y de financiación.

De esta forma el sistema de salud, en su totalidad inicia un diálogo de acción, evaluación, acción entre todos los actores del sistema y de todos los saberes que lo integran. Evolucionando del yo pienso cartesiano a nosotros pensamos sistémico⁶³

Se propone una inversión en la inteligencia y el pensamiento colectivo para la equidad aplicando un paradigma social de las ciencias médicas en base a tres dimensiones de la razón. No es un programa político aislado. Es mucho más que eso. Es un paradigma de teoría y ciencia sistémica para la salud

La responsabilidad moral de las ciencias médicas y las teorías de la complejidad nos guían en la construcción de una visión y de una política de acciones concretas para el sistema de salud, como ya se mencionó, un horizonte de entendimiento de todos los subsistemas.

Para finalizar una última reflexión.

Debemos reconocer las limitaciones de este proyecto. Ya que un sistema de salud solo no puede resolver los problemas sociales instalados.

El mismo no podrá resolver la pobreza, la marginalidad, la falta de oportunidades en educación, trabajo, vivienda, es decir; la responsabilidad de todo el sistema económico social de desarrollo.

Este proyecto quiere demostrar que en salud se debe y se puede mejorar partir de una visión científica social de armonización de saberes con equidad.

Debemos hacerlo con pasión y con emoción como dice el filósofo George Santayana⁶⁴

“La definición de una teoría y de una visión social como expresión de la creatividad del ser humano no debe estar alejada de la emoción”. “Si la música despierta nuestra emoción y nos llena de pasión cuando llega a nuestros oídos con la armonía de la combinación de sonidos, cuanta más emoción podríamos todos disfrutar con la armonía de un trabajo común en la utilización de todos los conocimientos de la ciencia hacia una sociedad mejor.

O como decía Chesterton “Solo una cosa es necesaria, todo.”⁶⁵

Referencias:

1. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York 19 de junio al 22 de julio 1946 Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III). Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948
3. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución Salud para Todos Ginebra: 1977
4. Naciones Unidas. Declaración Política de Río Determinantes Sociales de la salud 2011
5. Rawls J. Teoría de la justicia. Barcelona: Fondo de cultura económica de España, 1971.
6. Daniels N. Just health care. New York: Cambridge University Press, 1985
7. Yunus M. Hacia un mundo sin pobreza. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1998
8. Sen A. La idea de la justicia. Madrid: Santillana, 2010. p. 499
9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación salud progresos. 2011
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington: 1973. (Documento Oficial N° 118)
11. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. (CD44/9/Esp.)
12. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición Washington, DC: 2007. p. 33
13. Organización Panamericana de la Salud 2007 De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria. Buenos Aires 30-15: Organización Panamericana de la Salud, 2007
14. Academy of Medicine. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: , 2001
15. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. p. 177
16. Paganini JM. La calidad: el gran desafío. Hacia la calidad en salud. 2007 2(4):7-9. Disponible en: http://www.cidcam.org.ar/Revista/ano2_no4_2007.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Gro Harlem Brundtland Washington DC: O MS, 2000. p. 230
18. Chan M. Address to the Eleventh Global Forum for Health Research. Beijing: WHO., 2007
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: 2008. p. 125
20. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición. Washington DC: 2005. p. 16
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional sobre sistema salud Argentina. Desarrollo Humano 2010. p. 179
22. Organización Mundial de la Salud Informe análisis de los sistemas de salud de 185 países. 2012
23. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2012: panorama regional y perfiles de país. Washington DC: (Publicación Científica y Técnica No. 636).

24. Etienne C. Discurso de aceptación, Organización Mundial de la Salud Ginebra 22 de enero, 2013. :
25. Russel B. Autobiografía. España: Edhasa, 2007. p. 1024
26. Habermas J. El discurso filosófico de la modernidad. Madrid: Santillana, 1993. p. 462
27. World Health Organization. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Ginebra: , 2013. p. 56
28. Bunge M. Filosofía para médicos. Barcelona: Gedisa, 2012.
29. Kant I. Crítica de la razón pura. Buenos Aires: Losada, 2003. p. 140
30. Santayana G. The life of reason. Reason in science. : Nabu Press, 2012. p. 338.
31. Berti E. Las razones de Aristóteles. Buenos Aires: Oinos, 2008
32. Berti E. Estructura y Significado de la Metafísica de Aristóteles. Buenos Aires: Oinos, 2011
33. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica, 1962.
34. Hipócrates (460 – 377) Corpus Hipocrático –Tratado sobre “los aires, aguas y lugares”.
35. Pellegrino E, Thomasma DC. A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions. USA: Oxford University Press, 1981. p. 360.
36. Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M. El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988: (Publicación científica 505)
37. Campbell DT, Stanley J. Experimental and Quasi-Experimental Designs for research. Cengage Learning, 1963. p. 84
38. Kohn R, White KL. et al. Health Care: an international study. Londres: Oxford University Press, 1976. p. 592
39. Sonis A, Paganini JM, Gianantonio C. Souilla B Calidad y eficiencia en atención médica. OPS/CLAM. Argentina 1975 vol. 3. p. 515
40. Paganini JM. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. vii, 101 (HSS/SILOS; 30)
41. White KL., Frenk J, Ordoñez C., Paganini JM , Starfield B, Investigación sobre servicios de salud: Una antología. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 1200. (Publicación científica no. 534)
42. Academia Nacional de Medicina.. Argentina. Instituto de Epidemiología. Estudio de Calidad 2004.
43. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Garantía de calidad. 2010.
44. Centro INUS. Facultad Cs Médicas UNLP. Argentina Estándares para la Calidad. Guía para el análisis y evaluación de los efectores de primer nivel. y Hospitales del Estado: Nacional, Provincial y Municipal.2009-2010
45. Villar S, La nueva racionalidad: comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios. Barcelona: Kairos, 1997. p. 17
46. Morín E. Epistemología de la Complejidad: introducción al pensamiento complejo. Barcelona, 1994
47. Arosón P. La Teoría de la Complejidad. Y la complejidad de la teoría sociológica. Buenos Aires: Ciccus, 2013
48. Wagensberg J. Ideas sobre la complejidad del mundo. España: Sinopsis, 1985. p. 160
49. Bohm D. La totalidad y el orden implicado. Barcelona: Kairós, 1998. p. 308

50. García R. El conocimiento en construcción: de las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de los sistemas complejos. Barcelona: Gedisa, 2000. p. 254
51. Carta de la Transdisciplinariedad. I Congreso Mundial de Transdisciplinariedad, 2 al 7 de noviembre de 1994. Convento de Arrábida, Portugal
52. Senge P. La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Buenos Aires: Granica, 1998. p. 483
53. Etkin, J. Gestión de la complejidad en las organizaciones: la estrategia frente a lo imprevisto y lo impensado. Buenos Aires: Granica, 2006. p. 480
54. Lyothard JF. La condición posmoderna: informe sobre el saber. Madrid: Cátedra, 1987.
55. Gadamer H. mito y razón. España: Paidós, 1997. p. 22
56. Greenhalgh Best T, Lewis S, et. al. Large-System Transformation in health care: a realist review. *The Milbank Quarterly*. 2012 90(3):421-456
57. Sonis A, Paganini JM. Hacia sistemas integrales de atención. En : Sonis A, et al. Atención de la salud. Buenos Aires: El ateneo, 1983. p. 261-365
58. Paganini JM, Capote Mir, R. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 519 1990.
59. 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.: Organización Panamericana de la Salud, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)
60. Best A, Greenhalgh T. Large-System transformation in Health Care: A realist review. *The Milbank Quarterly*, 2012 90(3):421-456
61. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP Argentina-. Proyecto de Ley: El derecho a la calidad y seguridad de la atención de la salud. . Presentado a Comisión de Salud. Senado de La Nación. Argentina 2012.
62. Centro INUS – Facultad de Ciencias Médicas –Universidad Nacional de La Plata. Estándares de calidad. 2006
63. Latour B. Cogitamus: seis cartas sobre las humanidades científicas. Buenos Aires: Paidos, 2012. p. 200.
64. Santayana G. The life of reason: reason in science: reason and science. Estados Unidos: Nabu Press, 2012. p. 338
65. Borges J L. El aprendizaje del Escritor. Randon House 2014 p. 171