

Università di Bologna
Trabajo final del Master de Políticas y Gestión en Salud

Secretaría de Determinantes de la Salud

Sistematización analítica de una experiencia de gobierno

- Ensayo -

Diciembre 2007-2009

Argentina

Autor: Alberto Hernández.

Fecha: Octubre 2010.

Índice

	Página
Introducción	3
Capítulo I. Determinantes sociales de la salud. Aspectos conceptuales	6
<i>Determinantes sociales de la salud</i>	7
<i>Comisión de Determinantes de la Salud. OMS.</i>	10
<i>Toma de posición respecto del concepto de Determinantes</i>	14
<i>Comentario final sobre el apartado conceptual</i>	17
Capítulo II. Países de la región.	18
<i>¿Cómo han abordado los Determinantes los países del Cono Sur?</i>	19
<i>Argentina y la creación de la Secretaría de Determinantes</i>	20
<i>Objetivos formales de la Secretaría de Determinantes</i>	21
Capítulo III. Secretaría de Determinantes. Desafíos de gestión.	24
<i>Introducción</i>	25
<i>Seminario interno con todas las autoridades del Ministerio</i>	25
<i>Caracterización de la salud argentina</i>	27
<i>Rasgos salientes de los diferentes subsectores del sistema de salud</i>	29
<i>Gasto en salud en Argentina. 2008.</i>	30
<i>Desafío que tiene que tener un enfoque en Determinantes</i>	36
<i>Rasgos particulares de la gestión: diciembre 2007 - junio 2008</i>	42
Capítulo IV. Conclusiones generales	45
Bibliografía	48

INTRODUCCIÓN

Introducción

En diciembre de 2007 asumí como Secretario de Estado del Ministerio de Salud del gobierno de la República Argentina. Precisamente pasé a ocupar ese cargo en una ignota y nueva Secretaría que se había creado hacía apenas 2 meses. El área en cuestión: **Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias**. Una Secretaría de Estado es en Argentina un virtual viceministerio ya que este cargo formalmente no existe en el organigrama estatal pero es el cargo inmediatamente inferior al propio Ministro.

Puede decirse entonces que empecé a cumplir funciones en una Secretaría recién creada, dentro de una nueva gestión (asumí con nueva Ministra también) y en un tema que si bien reconoce antecedentes de debates en la salud pública internacional lo cierto es que no tiene antecedentes institucionales en Argentina. Y eso efectivamente lo corroboro al comprobar que **Argentina es el único país del mundo que ha creado una Secretaría de Estado que tenga la temática de Determinantes como su razón de ser**. No es que otros países no se ocupen del tema, pero Argentina sí es el único que le dio forma de virtual viceministerio.

En ocasión de una reunión llevada adelante en la Organización Mundial de la Salud en Mayo de 2008, en Ginebra, que versaba sobre Determinantes planteé la inquietud a quienes disertaban (Michel Marmot, entre otros) si consideraban que la mejor manera de intervenir en Determinantes era creando un espacio estatal cómo lo había hecho Argentina o si consideraban que alguna otra forma era más adecuada. Resultó tan inquietante como sugerente la respuesta del propio Marmot: afirmó que la comisión en nada había avanzado en formas institucionales de intervención, que ellos perseguían el objetivo de instalar la temática para que cada uno de los países y los actores relevantes del mundo de la salud agenden el tema como sustantivo. Si bien es cierto que muchos de los presentes se mostraron disconformes con la respuesta a mi me resultó más que satisfactoria. Es cierto que cuando alguien está en la gestión directa le preocupa, sobre todo, responder a ¿cómo se hacen las cosas? Pero las preguntas ¿para qué y por qué hacerlas? son de igual relevancia que aquélla. Y eso es lo que procuraba la Comisión de Determinantes: instalar el tema en la agenda.

Lo cierto es que regresé de Ginebra más motivado pero sin conocer otras experiencias que pudieran darnos pistas de gestión. Advertí que no había dónde buscar antecedentes de trabajo en Determinantes que tuvieran a un país entero como protagonista. Había experiencias particulares o locales, pero no un espacio institucional donde observar un trabajo realizado. Todo estaba por hacerse, todo estaba por crearse.

Permanecí un año y medio en el cargo y luego de eso dejamos en conjunto con la Ministra la función pública. Razones políticas de la ministra nos empujaron a irnos a los que habíamos llegado con ella. Allí es entonces que comencé a cursar en la Universidad de Bologna la Maestría en Políticas y Gestión en Salud. Luego de culminar de cursarla he considerado oportuno volver sobre mi propia experiencia. Creo efectivamente que contar y reflexionar puede ser un aporte a cómo abordar y cómo no abordar la intervención en los Determinantes de la Salud en Argentina. **De eso se trata este trabajo.**

Pero no pretendo hacer una contribución formal apelando a decretos de funciones y limitaciones de las áreas de trabajo ni tampoco a contar logros obtenidos o programas que funcionen mejor o peor. No. La idea es otra: **tratar de reflejar de mejor manera cuáles son los desafíos de gestión que pude observar en mi experiencia y exponer cuáles son las restricciones y posibilidades que enfrenta el desarrollo de esta temática a nivel del gobierno nacional.** Este es un trabajo que pretende ser útil para otros colegas que intentan gestionar y atractivo para cualquier lector que quiera informarse cómo es por dentro una dimensión de la gestión pública.

Para lograrlo utilizo un insumo tan novedoso como constituyente de la propia acción de gobierno: refiero a un Seminario cerrado que hicimos con las 20 personas más jerarquizadas del Ministerio de Salud de la Nación. Y allí utilizo el aporte de todos como lanzamiento de mis reflexiones respecto de la caracterización de la situación sanitaria argentina y de los desafíos que tiene por delante una Secretaría de Determinantes de Salud. Pero allí están sintetizadas las apreciaciones de los cuadros superiores de conducción sanitaria de Argentina en un momento determinado de la historia del país: diciembre 2007 a junio 2009.

Cómo está hecho el presente informe

Este informe está estructurado en torno a 4 apartados o capítulos.

- ✓ El **primero** de ellos refiere a una cuestión conceptual sobre Determinantes de la salud. Allí he considerado algunos de los antecedentes más importantes para su comprensión actual de la temática y también hago una toma de posición personal acerca del sentido del concepto.
- ✓ El **segundo** de los apartados es a la vez el más breve y el que referencia más claramente al contexto. Efectivamente, me detengo en cuáles son los modos de abordar los Determinantes en 4 países: Brasil, Chile, Uruguay y Argentina. Acerca de los 3 primeros países hay apenas un enunciado general de cómo han incorporado esta temáticas a sus agendas de gobierno. Sobre Argentina, en cambio, está el desarrollo más formal de la creación de la Secretaría de Determinantes de la Salud.
- ✓ El **tercer** apartado está íntimamente ligado al segundo pero se expande en uno de sus componentes. Efectivamente, aquí hay un desarrollo más exhaustivo de algunas cuestiones referentes a la experiencia argentina que va desde diciembre de 2007 a junio de 2009. Este desarrollo por supuesto que comprende el relato de experiencia, análisis y sugerencias de quien protagonizó la conducción de la Secretaría.
- ✓ El **cuarto** apartado apenas resume algunas de las conclusiones principales que presenta el trabajo. De todos modos, para la lectura de este apartado el lector debe tener claro que el informe está escrito de modo tal que podrán leerse conclusiones intercaladas en las distintas etapas. En consecuencia hay conclusiones desplegadas a lo largo del informe y algunas están específicamente desarrolladas en este cuarto apartado.

Capítulo I

Determinantes sociales de la salud

Aspectos conceptuales

Determinantes sociales de la salud

Hay quienes refieren a Determinantes a secas, otros refieren a Determinantes colectivos y algunos están de acuerdo con el título que anuncia este apartado. Pero este no es el trabajo para hacer una disquisición semántica del concepto. En todo caso, al referir a Determinantes refiero a los conjuntos de situaciones que producen un estado de salud o no salud de la población en su conjunto y de los ciudadanos en particular. **La realidad humana no es una constelación que surge de la nada o de la naturaleza porque sí, es siempre una construcción social y desde esta afirmación que no caben dudas que resulta correcto referir a Determinantes sociales.** Es cierto que ninguna de las otras dos definiciones anula lo social; pero cuando lo hago explícito por cierto que reafirmo la idea de construcción social, lo que también instala el mensaje que una realidad social se puede modificar construyendo otra distinta.

Arbitrariamente podríamos tomar los últimos 50 años de política sanitaria. Y si en ese período debiéramos señalar cuáles han sido los trabajos destacados referidos a Determinantes de la salud, creo que no estaría errado si señalo: el siempre recordado y difundido **Informe Lalonde** escrito por el sanitarista canadiense en 1974; y el más reciente informe que produce la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud creado por la OMS** en 2005.

Lalonde es quien con mayor eficacia comunicacional plantea que la mejora de la salud de la población es necesario buscarla -también- por fuera de la propia asistencia médica. Y en ese afuera se detiene en 4 Determinantes básicos: **a)** el trabajo; **b)** el medioambiente físico; **c)** lo genes heredados; y **d)** el estilo de vida. Es fácil advertir que entre los 4 Determinantes hay uno solo que refiere específicamente a lo biológico que es el de genes heredados, pero los 3 restantes pertenecen al afuera de la asistencia médica.

Ciertamente el párrafo anterior parece expresar puro sentido común. ¿Quién podría oponerse a ese enfoque? Lejos de proponer cualquier oposición, creo que resulta oportuno detenerse en una breve contextualización¹ en la que Lalonde (y muchos otros, justo es decirlo²) produjo su informe.

El siglo XX es un espacio del tiempo en que para siempre será recordado como una bisagra en el conocimiento y en el avance tecnológico. Las primeras décadas, incluso la siguiente a la segunda guerra mundial fue una suerte de algarabía dentro del conocimiento médico por cuánto los objetivos eran cada vez más incorporar mayor cantidad de población a la asistencia médica. La consolidación de los Estados Nación tenían entre sus prioridades la atención en salud a sus poblaciones. Pero conforme avanzaron los años y pasados los 60, los Estados empezaron a sentir el cimbronazo presupuestario. El gasto en salud parecía subir por ascensor y los recursos por escaleras. Éstos nunca alcanzaban a aquéllos. Y no solo eso: culturalmente la población empezaba a constituirse en demandante de los avances en medicina. Conforme comienza a instalarse y desarrollarse la sociedad de consumo, empieza también una actitud demandante de la población por más y más servicios de salud.

¹ Sigo para esta contextualización el texto de Marmor T.R, Barer M.L. y Evans R.G. *Los Determinantes de la salud de una población: ¿Qué puede hacerse para mejorar el estado de salud de una nación democrática?*

² Por ejemplo el Informe Black de 1980 en Inglaterra.

Así es que se llega a los años 70, que recordemos son los años en la que se produce una de las primeras grandes crisis globales de la posguerra que es la crisis del petróleo. Se llega a estos años con cierta incapacidad de los Estados de regular los costos en salud; también era notoria la desigualdad que se instalaba en los países puesto que no todos los grupos sociales accedían por igual a los servicios: la inequidad sanitaria permanecía en cartel solo que el avance producía mayores brechas; las grandes mejoras en salud no se percibían colectivamente: viejas enfermedades persistían y la ley de rendimientos decrecientes empezaba actuar.

En este contexto, de costos subiendo por ascensor y recursos por escaleras, surgen dos respuestas o dos grupos de sanitaristas o actores del sanitarismo que protagonizan una especie de puja de enfoques al interior de las políticas públicas de salud. Uno de ellos, son los que piensan en los costos y que intentan reducirlos a toda costa; el otro, es el que focaliza en las desigualdades sanitarias y que empieza a explorar cómo mejorar la desigualdad desde fuera de la propia salud.

Los primeros, los del "costo", eran quiénes señalaban que las mejoras producían más demanda del gasto; los segundos, "igualitarios", pugnaban por el incremento de costos para invertir en salud fuera del gasto médico.

Es en este contexto que **Lalonde** produce su informe. Es decir, que si seguimos aquélla máxima que cualquier científico social no puede desprenderse de su entorno, quizás haya que entender que una buena parte del informe Lalonde haya estado motivado en, no solo mejorar la salud de las poblaciones, si no también pensando en cómo reducir los costos que producía la asistencia médica.

Recordemos nuevamente que Lalonde focaliza en 4 Determinantes: **a)** el trabajo; **b)** el medioambiente físico; **c)** lo genes heredados; **d)** el estilo de vida.

Hay dos de los Determinantes que tienen una fuerte impronta en los años siguientes al que él escribe el Informe y no formaban parte importante de la agenda de ese momento: el **medioambiente** y los **estilos de vida**. Efectivamente, la causa ambiental comienza a protagonizar la agenda pública de los países occidentales en esos años y lo mismo los estilos de vida. Incluso personalidades públicas³ y no provenientes del sanitarismo se hacen eco de ambas cosas, cumpliendo el sueño de cualquiera que piense y se dedique a los Determinantes.

La situación del **trabajo** continuó señalado como un gran determinante pero con una característica fundamental: desde entonces las sociedades con pleno empleo empezaron a ser un recuerdo ya que no fueron posible de instalarse hasta el día de hoy. El desempleo a grandes escalas empezó a ser novedad presente en la agenda de buena parte de los países. Mientras tanto los **factores biológicos o heredados** continuaron concentrando el total del gasto sanitario y las preocupaciones ciudadanas.

No participo de visiones maniqueas de las sociedades, en consecuencia no puedo analizar el Informe Lalonde pensando que lo escribió solamente motivado en cómo reducir costos

³ El ambientalismo incluso se transforma en muchos países en un tema estructurador de movimientos políticos. Uno de los líderes de mayo del 1968 fue el fundador del primer partido verde del mundo en Alemania. Refiero a Daniel Cohn-Bendit.

y tampoco solamente pensando en la situación de las poblaciones sin importarles los costos. Cualquier persona que interviene en una política pública es tan importante que piense en la temática en la que opera como en los costos referidos a esa temática. Por otra parte hay un consenso universal que cualquier política pública siempre parte de una restricción de presupuesto, en consecuencia hay que pensar en costos y hay que pensar en la situación de salud.

Pero lo cierto es que el Informe Lalonde tomó una orientación en la cultura pública que no puedo afirmar si él lo pensó o no. Hay un breve párrafo de su informe que resume lo que analizaré a continuación:

“Las decisiones y hábitos personales nocivos desde el punto de vista de la salud generan riesgos autoimpuestos. Cuando tienen como resultado la enfermedad o la muerte, puede decirse que el estilo de vida de la víctima ha contribuido a, o ha causado, su propia enfermedad o muerte” (Lalonde, 1974:32).

Muchos lectores sanitaristas y participantes de la esfera pública esperan que un planteo como el de Lalonde se convierta en un insumo de los protagonistas de la toma de decisiones nacionales para hacer planteos al interior del poder; es decir planteos políticos que diseñen un nuevo estado de situación que repercuta en el estado de salud de las poblaciones. Nada de eso ocurrió. No hubo planteos serios respecto del mundo del trabajo, de la distribución de la riqueza, del poder médico y la bandera del medio ambiente se fue alejando progresivamente de los actores sanitarios.

Todo derivó en una exhortación masiva y repetitiva a los individuos a que cambiaran sus estilos de vida, se comportaran de mejor manera en lo ambiental, se alimentaran de mejor manera, y numerosos ejemplos del estilo. Nada tengo para decir de esto en el sentido que un mundo mejor es posible si todos individualmente nos comportamos mejor. Pero resulta enormemente paradójico que en los años en los que se comienza intensivamente a instalarse el consumismo, como nunca antes, se ponga el acento en el individuo a mejorar su propio estilo de vida. Se exhortaba al individuo a que mejorara su alimentación, pero al mismo tiempo se promovía y aceptaba que Coca Cola nos daba felicidad sorbo a sorbo. Imaginemos un slogan del momento: *Necesitamos sea un consumidor para que el mundo funcione, pero no se sobrepase para que su salud no se dañe*. Tan paradójico como real.

Pero hay excepciones. Quizás las políticas frente al tabaco merezcan otra consideración. Allí sí el tema entró en el poder y hubo acciones verdaderas donde no solo se apelaba al ciudadano/consumidor sino que también se fue acorralando a los tabacaleras para que se desincentive el consumo.

Pero fuera de esta política es difícil encontrar otras que hayan alterado el orden establecido del poder imperante. Incluso en aquellos años ya se insinuaba otra paradoja: le prevención lejos de reducir la asistencia médica la incrementaba por presión de nuevos profesionales o nuevas prácticas profesionales. La nueva ley de obesidad aprobada en la Argentina hace 2 años es una muestra de este fenómeno.

Finalmente, la nueva oleada ni produjo modificaciones sustantivas en la alteración del poder respecto del cuidado de la salud ni tampoco redujo los costos; es más: éstos han tendido a incrementarse.

En los años siguientes se registra un movimiento a escala internacional también que intenta despegarse de esta perspectiva de exhortación al individuo para intentar influenciar en el poder político. Refiero básicamente al impulso que OMS ha dado a las “políticas públicas saludables” sobre todo una de ellas que es la de intervenir sobre grandes colectivos humanos circunscritos territorialmente. Comunidades o Municipios saludables, así ha dado en llamarse, ha sido una línea de trabajo que intenta que las comunidades enteras se movilicen a favor de su propia salud. Indudablemente es un intento superior al exhorto individual, pero en algún sentido considero que es apenas agregativo de aquél. ¿Qué quiero decir? Que en verdad se estimulan ámbitos donde viven los individuos (los municipios, las comunidades) pero es sabido que allí no se juega ninguna batalla seria en relación con los poderes que determinan los hábitos de vida, las situaciones ambientales y las laborales. Continuando con el ejemplo alimenticio: se podrá ver mayor cantidad de gente caminando pero se vende mayor cantidad de gaseosas que nunca en la historia. ¿Cómo hacer entonces? En la época de la humanidad que más parques se acondicionan, que más gimnasios existen, que más campañas por la promoción física hay, justo en estos años, es cuando la obesidad se ha transformado en pandemia. Evidentemente, no es solo por el lado del individuo a secas o en su contexto inmediato (municipios) donde hay que intervenir. Será condición necesaria, pero indudablemente insuficiente.

El otro intento, también llevado adelante por Organización Mundial de la Salud, es la creación de la Comisión Determinantes de las Salud al interior de su seno.

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. OMS.

En el año 2004 la OMS crea la Comisión de Determinantes de la Salud con el siguiente objetivo:

- ✓ *El objetivo principal de la Comisión consistirá en inducir un cambio de rumbo normativo haciendo lo necesario para que los actuales conocimientos en materia de salud pública se plasmen en políticas mundiales y nacionales que puedan llevarse a la práctica. Para ello, reunirá datos contrastados sobre los principales factores sociales que influyen negativamente en la salud y sobre políticas e intervenciones para contrarrestarlos. La Comisión formulará recomendaciones para que los Estados Miembros y las instancias mundiales que trabajan sobre la salud conozcan y apliquen políticas eficaces en pro de la equidad. También contribuirá a un proceso que a la larga sirva para incorporar los Determinantes sociales de la salud en el trabajo normativo, técnico y de planificación de la OMS⁴.*

También hay una definición explícita de lo **qué es** la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)

⁴ Consejo ejecutivo. EB115/35. 115ª reunión 25 de noviembre de 2004. Punto 9.4 del orden del día provisional. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Nota de la Secretaría.

- ✓ *La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.*

Avanzan en definir ¿Qué son los Determinantes Sociales de la Salud?

- ✓ *Los Determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los Determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.*

Al señalar cuáles son los Determinantes la OMS refiere a las inequidades sanitarias. Por eso resulta oportuno también transcribir la definición que hacen de este concepto.

- ✓ *Se entiende por **inequidades sanitarias** las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.*

Pero no solo definen las inequidades sanitarias sino que avanzan en los **factores relevantes que la producen.**

- ✓ *El contexto mundial afecta al modo en que las sociedades prosperan, pues repercute en las relaciones internacionales y en las normas y políticas nacionales. A su vez, éstas configuran la organización del funcionamiento interno de las sociedades, a escala nacional y local, propiciando la aparición de diversas formas de posición social y jerarquía, organizadas en función de los ingresos, educación, ocupación, género, raza/etnicidad y otros factores. El lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad.*
 - *Los beneficios del crecimiento económico registrado durante los últimos 25 años se han distribuido de modo desigual. En 1980, los países más ricos, donde habitaba el 10% de la población del mundo, tenían un ingreso nacional bruto que multiplicaba por 60 el de los países más pobres. En 2005 lo multiplicaba por 122.*
 - *La ayuda internacional – en gran medida inadecuada y muy por debajo de las cantidades prometidas – queda en nada al lado de la magnitud de las obligaciones que impone el pago de la deuda a muchos países. En consecuencia, muy a menudo se registra un flujo financiero neto desde países pobres hacia países más ricos, situación ciertamente alarmante.*
 - *A lo largo de los últimos 15 años se ha registrado una tendencia a la disminución de la participación en el consumo nacional del quintil más pobre de la población de muchos países. En Kenya, por ejemplo, si se mantienen las actuales tasas de crecimiento económico y niveles de desigualdad en los ingresos, la familia pobre mediana no superará la línea de pobreza hasta 2030. Si se duplicara la porción de crecimiento de los ingresos de los pobres de Kenya, la disminución de la pobreza se registraría en 2013.*
 - *Los prejuicios sexistas en el acceso al poder y los recursos, en los derechos, las normas y los valores, y el modo en que se estructuran las organizaciones y se ejecutan los programas dañan la salud de millones de muchachas y mujeres. La posición de la mujer en la sociedad está asociada también con la salud y la supervivencia de los niños y las niñas.*

- *La equidad sanitaria depende de forma crucial de la capacidad de acción y decisión de las personas para afrontar y cambiar la distribución, injusta y fuertemente jerarquizada, de los recursos sociales, a los que todos tienen derecho y pueden aspirar por igual. La inequidad de poder interactúa en cuatro dimensiones principales – política, económica, social, y cultural – y se manifiesta sin solución de continuidad, incluyendo o excluyendo a los grupos en diversos grados.*

Y a su vez afirman cuestiones respecto a lo que significa la equidad sanitaria al interior de las políticas públicas.

- ✓ *Cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria. La coherencia de las políticas es esencial (las políticas de los diversos ministerios y departamentos tienen que complementarse, en lugar de contradecirse mutuamente en materia de equidad sanitaria). Por ejemplo, la política comercial que fomenta activamente la producción, el comercio y el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares en detrimento de la fruta y las verduras está en contradicción con la política de salud.*
- ✓ *La obesidad supone cada vez más un auténtico problema de salud pública en los países con economías de transición, como ya es el caso en las naciones de ingresos altos. Para prevenir la obesidad se requieren planteamientos que garanticen el abastecimiento sostenible de alimentos adecuados y nutritivos; un hábitat que propicie la ingesta de alimentos más sanos; actividad física, y un entorno familiar, decente y laboral que refuerce positivamente los modos de vida sanos. Pocas de esas medidas son del dominio o responsabilidad del sector de la salud. Se han registrado progresos positivos (por ejemplo con las prohibiciones de la publicidad de alimentos ricos en grasas, azúcares y sal en programas de televisión destinados a los niños). Sin embargo, para corregir las tendencias de la epidemia mundial de obesidad será necesario superar un importante obstáculo pendiente: lograr la participación de diversos sectores ajenos a la esfera de la salud tales como el comercio, la agricultura, el empleo y la enseñanza.*

Toda la literatura sobre Determinantes refiere al concepto de **gradiente social** y en función de su persistencia en los textos también transcribimos su definición de OMS.

- ✓ *Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. Dentro de los países, los datos muestran que en general cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Existe un **gradiente social** de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos. La existencia de un gradiente social de la salud implica que las inequidades sanitarias afectan a todos. Por ejemplo, se si consideran las tasas de mortalidad de los menores de 5 años en función de los niveles de riqueza doméstica, se observa que, dentro de un mismo país, la relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente. Los más pobres tienen las tasas de mortalidad de menores de 5 años más altas y la población del segundo quintil de riqueza doméstica tiene tasas de mortalidad en su progenie más altas que las de la progenie del quintil más rico. En eso consiste el gradiente social de la salud.*

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud estuvo compuesta por una docena de representantes del mundo entero y por una cadena de redes de instituciones de la sociedad civil que aportaron datos y análisis. Culminó su trabajo en el año 2008 cuando presentaron el informe final. A continuación enumero, textual pero sintéticamente, las recomendaciones que formuló la CDSS.

Mejorar las condiciones de vida, es decir las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.

1. **Equidad desde el principio:** mejorar el bienestar de las niñas y mujeres y las condiciones de nacimiento de los niños. Favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para niñas y niños.
2. **Entornos salubres para una población sana.** Centrar la planificación urbana (barrios, viviendas, entornos, agua, saneamiento, pavimentación, medios de transportes activos, control del sector minorista de comercio en alimentos sanos.) alrededor de la salud y la equidad sanitaria. Promover equidad sanitaria entre lo rural y lo urbano.
3. **Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno.** Promover el trabajo, su buena remuneración y sus buenas condiciones.
4. **Protección social a lo largo de la vida.** Aplicar políticas de protección universal y de buenos ingresos para lograr una vida saludable.
5. **Atención universal de salud.** Los sistemas de salud tienen que asentarse en los principios de equidad, prevención y promoción. Pero también hay que promover que los RRHH actúen sobre los Determinantes.

Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.

1. **La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas.** Las más altas autoridades políticas sensibilizadas con el tema.
2. **Programas todas las políticas de salud basadas en los Determinantes** al instar a que lo haga todo el gobierno.
3. **Financiación equitativa.** Tanto la nacional como la internacional enfocada hacia los Determinantes.
4. **Responsabilidad del mercado.** El Estado debe reforzar la reglamentación en elementos importantes para la salud: tabaco, alcohol, alimentos, etc.
5. **Equidad de género.**
6. **Emancipación política, integración y posibilidad de expresarse.** Generar condiciones para que la sociedad civil pueda organizarse.
7. **Una gobernanza mundial eficaz.** Convertir la equidad sanitaria en un objetivo mundial. Fortalecer el rol de la OMS en la acción mundial sobre los Determinantes.

Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de Determinantes de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respeto.

1. **Los Determinantes sociales de la salud: seguimiento, investigación y formación.** Seguimiento de la equidad y los Determinantes sociales. **Invertir** en estudios para ver cómo los Determinantes influyen en la salud de la población. **Formar** a los rectores de la política en materia de Determinantes.

Hasta aquí transcribí definiciones de la OMS y de la propia CDSS acerca de cuestiones referidas a los Determinantes de la Salud. También agregué las recomendaciones que esa Comisión de la mano de la OMS formuló al mundo entero, pero la transcripción tiene, por mi parte, una finalidad analítica y a eso me abocaré a continuación.

Considero que la conformación de la CDSS y su resultado es un avance notable respecto de aquel informe de Lalonde. Sobre éste ya referí mis impresiones, pero la CDSS tanto en el **objetivo** con el que fue creada como en la **definición** misma de los que son los Determinantes y en las **recomendaciones** hace eje en un aspecto que Lalonde no resulta

tan claro: refiero al conflicto social. Efectivamente, la CDSS lejos de escaparle al conflicto de poderes que impera en nuestra sociedad se hace cargo de él y lo señala como el determinante de los Determinantes. Efectivamente, cómo dice en la misma definición *esos (Determinantes) son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas*. Considero que no enfatizar en la realidad conflictiva de nuestras sociedades para analizar y tomar postura frente a los Determinantes solo constituye una posición simpática pero de escasos resultados reales. Por eso considero que la existencia y producción de la CDSS hay que considerarla como un verdadero avance respecto del Informe Lalonde, sin que esto signifique desconocer el aporte del sanitarista canadiense.

Pero las recomendaciones dan un paso más respecto del sentido de la existencia del conflicto. Veamos las tres grandes recomendaciones con los verbos (acciones) que proponen: **Mejorar, luchar y medir**. Efectivamente, al hablar de **mejorar** refiere a todas las circunstancias que cualquier humano nace, vive y muere. Pero de eso también hablaba Lalonde. Sin embargo, el aporte distintivo y significativo de la Comisión está en las otras dos recomendaciones: luchar y medir. Al referir a **luchar** es donde expresa en concreto este hacerse cargo del conflicto de nuestras sociedades al que referí en párrafos anteriores. Es el luchar para revertir la desigualdad de poder, económica y de recursos. Pero indudablemente el informe sorprende con la tercera de las recomendaciones: **medir**. Efectivamente, no solo se trata de tener buenos principios, justos y solidarios, sino de saber cómo gestionarlos. Y si efectivamente las fuerzas que pugnan por luchar y cambiar el estado de cosas comienzan a medir la realidad cuando ejercen el poder será un gran avance. En Argentina la gestión pública en términos generales y la sanitaria en particular no mide (evalúa) o mide poco. Mide insuficientemente en lo cuantitativo y casi nulamente en lo cualitativo. Y quién no mide, no tiene información suficiente y creíble; y sin información es casi imposible buenas políticas públicas.

Estas consideraciones constituyen un aspecto sustantivo de avance en la consideración de los Determinantes sociales de la salud. La inquietud es saber si efectivamente logran producir resultados en las políticas públicas nacionales. Es indudable que la discusión pública al interior del sanitarismo (si por eso entendemos lo publicado, lo leído y debatido en congresos y simposios) ha avanzado notablemente pero no es el mismo avance que se puede advertir en aspectos de políticas públicas. Mejor dicho: es posible encontrar avances puntuales pero no es fácil advertir, o no son conocidas por mí, cambios generales en la orientación de política pública de un país.

Toma de posición respecto del concepto de Determinantes

Creo que resulta notoria mi posición respecto de los Determinantes Sociales de la Salud. Pero no quiero dar por sobreentendido cuestiones que no las considero directamente. **Coincido con todas las definiciones que nos ofrece la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS**. El énfasis con el que escribí el análisis de algunas de sus afirmaciones así lo demuestra; pero creo que resulta más honesto intelectualmente plantear mi posición al respecto para que el lector tenga claro desde donde refiero a esta cuestión.

Considero también las críticas al trabajo de la CDSS hechas por varios autores (Arellano⁵, Cebes⁶) quienes califican la producción de la Comisión como un ejercicio académico abstracto que no se basó en la realidad concreta y que utilizó preponderantemente datos probatorios epidemiológicos, pero que resultan débiles los aspectos analíticos que refieren a los planos económicos, sociales y políticos.

Ni siquiera discuto lo que **no** tiene el trabajo de la CDSS, lo cierto es que la propia creación de la Comisión y su enfoque disparó que algunos países incorporen el tema a sus agendas. Y creo que eso resulta un mérito más que suficiente. ¿Sin la creación de la CDSS: Brasil y Chile hubiesen creado sus Comisiones nacionales de Determinantes, Argentina hubiese creado la Secretaría de Determinantes y 11 países de las Américas hubiesen incorporado la temática en sus agendas? La sola creación de la CDSS es un hecho político auspicioso; suponer que un solo hecho producirá un reencauzamiento de la historia de las políticas públicas en salud es sobredimensionar la posibilidad que tiene una comisión abocada a trabajar un tema.

Cuándo alguien habla de Determinantes alberga, conciente o inconcientemente, una posición respecto de lo qué es el Estado y esa posición es el basamento de la concepción del tema. **Los Determinantes nunca podrán ser solo un programa de gobierno**; son mucho más que eso. Es un tema que se inserta directamente en el plano de las orientaciones de gobierno aunque después seguramente tendrá, de acuerdo a lo decidido en aquel nivel, sus correlatos en la propia gestión. Y es por esto que quiero referir a mi posición **respecto de la noción de Estado**. **¿Desde qué concepción de la sociedad y del Estado formulo mis expresiones?**

Hay una discusión interminable al interior de los estudios de Filosofía política que podrían sintetizarse en el siguiente interrogante ¿el Estado y la sociedad son lo mismo o la sociedad forma parte del Estado o viceversa? Han participado pensadores de muy alto kilates y de muy diversas épocas. Pero no me detendré en ellos porque sería salirme del objetivo del presente trabajo⁷.

En cambio me detendré en Aldo Isuani⁸ quien desarrolla este tópico, a mi modo de ver, muy satisfactoriamente. Primero detengámonos en dos definiciones breves y necesarias para entrar en el Estado. Una, la definición de **Sociedad Civil**: conjunto de individuos que viven dentro de un territorio determinado y por supuesto que incluye las agrupaciones que se dan entre ellos. Otra definición: **Clase Social** un conjunto de individuos que tienen en común un modo de inserción laboral y económica en la sociedad.

Según su esquema en el espacio público hay dos esferas:

- a. Una es la **Sociedad Civil** donde hay fuerzas sociales que **no** son exactamente las **clases sociales** sino que son los intereses que representan a las propias Clases.

⁵ Arellano, O. L., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. *Los Determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, Medicina Social, Ciudad de México*. 2008.

⁶ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, *Teses da CEBES: contribuição para o debate*, Rio de Janeiro, 2009. Se puede encontrar en <http://www.cebes.org.br/mediq/File/Blog/DETERMINANTES20SOCIAIS_ok.pdf>.

⁷ Algunos de los principales autores que intervinieron en este debate son: Hobbes, Locke, Rousseau, Weber, Hegel, Marx, etcétera.

⁸ Isuani, Aldo. *Tres enfoques sobre el concepto de Estado*. 2009. Mimeo.

- b. En la otra esfera del esquema ubica al **Estado** donde distingue tres tipos de organizaciones: **1) gobierno** (superestructura): espacio capaz de dictar normas y políticas válidas para el conjunto social; **2) administración** (personas): aquella que llevan a la práctica las normas y las políticas; **3) coerción** (recursos): aquellos que usan las fuerzas públicas para que se cumplan las normas y las políticas.

El Estado no es un actor porque no tiene intereses propios. **Y los tres tipos de organización que distingue dentro del Estado resultan los escenarios donde se ponen en juego las diputas que llevan adelante las fuerzas sociales.** De este modo, **es imposible comprender lo que pasa en el Estado sin que antes se comprenda lo que pasa en la sociedad.** Quizás Lalonde no haya leído correctamente estas dos esferas: la de la sociedad civil y la del Estado. Si no cómo entender que su esfuerzo con el Informe terminó siendo un exhorto a que los individuos cambien su comportamiento y no terminó en una regulación más severa a los actores de mercado que imponen no solo comportamientos sociales sino hábitos que terminan enfermando a las sociedades y a los ciudadanos.

El esquema que plantea Isuani creo que adquiere dinamismo (y atracción de mi parte) de momento que no plantea rigideces y nos permite visualizar a las políticas públicas en general y las sanitarias en particular como el resultado de la puja de intereses al interior del Estado, en cualquiera de sus tres estamentos organizativos: gobierno, administración y coerción. Esto, para mí, **tiene el enorme valor de hacerse cargo del conflicto que atraviesa una sociedad como la nuestra** (que lo señalo anteriormente como un atributivo del informe de la CDSS). No es posible arribar a ninguna comprensión de la situación de las políticas públicas de salud sin incorporar el conflicto de intereses que se manifiesta dentro de la sociedad civil y dentro del Estado.

A esta altura entonces va mi posición: **considero que el Estado es el resultado de las pujas entre las fuerzas sociales y su construcción se desarrolla a partir de la movilización, luchas, negociaciones y confrontaciones de esas fuerzas sociales.** Es desde aquí desde donde también me permito visualizar los Determinantes sociales de la salud.

Mi planteo llevado al extremo presenta el riesgo de pensar que el problema de la Salud Pública en tanto política pública solo es de poder⁹. Quiero despejar ese riesgo: **no creo que solo sea un problema de poder.** Con el ejemplo citado en la nota al pie intento mostrar que no solo obteniendo triunfos en el escenario donde disputan las fuerzas sociales es posible imponer políticas públicas en general y sanitarias en particular con resultados

⁹ Esto me recuerda a una experiencia de gestión que creo que vale la pena volcar aquí. Estando yo al frente de un organismo en el gobierno de la provincia de Buenos Aires (2006) me toca negociar con un líder de un movimiento social (piquetero) un programa de capacitación de promotores para el conurbano bonaerense. Él, con mucho aval del Gobernador de la provincia y del Presidente de la Nación en ese momento, me manda algunos muchachos a pedirme los recursos y el manejo total del programa. Mi respuesta fue una clásica del manejo del poder en esos casos: dilatación y entorpecimiento para producir una discusión al respecto. Logré el objetivo: se formó una mesa con él para discutir la situación. Mi posición era: no pondré en discusión los recursos porque es una decisión del Gobernador y en consecuencia la cumpliré. Sin embargo, quiero poner en discusión los nombres de los responsables de la formación y los contenidos. A lo que el líder en cuestión me respondió algo que para mí fue sorprendente como aleccionador: “Hernández vos no entendés cuál es el problema de la Argentina. Acá el problema es de poder. Hay que obtener poder. En consecuencia a mi interesa que los 80 compañeros que proponemos para el programa empiecen a cobrar el mes que viene. Me importa un carajo los contenidos. Hacé lo que quieras, pero nómbralos. Con el nombramiento nosotros tenemos más poder...”. Este líder abraza un idealismo al suponer que obteniendo poder de ese modo y llegando al extremo de conquistar el Estado él podría implementar las políticas que quiere. No es así: la administración y los recursos de coerción no funcionan automáticamente según cambie el ganador de las fuerzas sociales en la superestructura, es decir, el gobierno.

óptimos. La imposición como fuerza social es necesaria pero no es condición suficiente para una política de Determinantes. Pero suponer que una política de Determinantes no es a su vez determinada por la puja entre las fuerzas sociales creo que cuanto menos resulta desacertado para nuestras realidades regionales.

Comentario final a este apartado conceptual

A esta altura del desarrollo conviene preguntarse lo siguiente: **¿Se justifica que una política de salud tenga un enfoque desde los Determinantes de la salud?** Desde el punto de **conceptual**, a mi entender, está plenamente justificado tal como el atento lector puede haberlo inferido de mis propias afirmaciones en los párrafos anteriores. La situación de inequidad sanitaria y los factores que a esta lo producen por cierto que solo pueden ser revertidas con un enfoque basado en los Determinantes. Pero quisiera alejarme de todo facilismo.

En América del Sur tener un enfoque de Determinantes quiere decir influir en la orientación general del gobierno. ¿De qué sirve formular una política de salud basada en un enfoque de Determinantes si el resto del gabinete del mismo gobierno no mantiene el mismo enfoque? Apelando a la toma de posición que expresé del Estado **quizás una política enfocada en Determinantes primero deba generarse como fuerza social en la sociedad civil y pugnar por llegar como fuerza política sanitaria al interior del Estado**. Para ilustrar esta afirmación, presento el caso brasileño que aquí apenas enuncio.

Efectivamente, en Brasil a partir de los años 70 (gobierno militar) un grupo de médicos-sanitaristas, en su mayoría simpatizantes de la izquierda, algunos con vinculación político-partidaria y otros no, construyeron su identidad en torno del concepto de "Salud Colectiva". Sus integrantes fueron protagonistas principales del "Movimiento de la Reforma Sanitaria" en la década siguiente a la transición democrática, se organizaron en el Centro Brasileño de Estudios de la Salud -CEBES- en 1976 y en la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva en 1979. Como grupo técnico-científico, lucharon por el control de los Departamentos de Medicina Preventiva de las Facultades de Medicina de las grandes universidades públicas, del Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, de las Escuelas de Salud Pública, y de Fío Cruz como espacios institucionales y de reproducción. Ese grupo fue un firme opositor de la política de salud del régimen militar que luchó por el rescate de la enorme deuda social acumulada por el régimen. Con la llegada de la Nueva República en 1985 sus miembros ocuparon importantes cargos en los distintos niveles del poder ejecutivo (federal, provincial y municipal), desde donde lograron, a esta época, institucionalizar un Sistema Único de Salud (SUS). Esto resulta un buen ejemplo de una fuerza social que se constituye en la sociedad civil y luego pasa a formar parte del Estado, integrando un gobierno.

Planteo el ejemplo brasileño porque creo que allí el concepto enfoque de Determinantes de la política sanitaria encuentra anclaje en la sociedad misma, de lo contrario puede acontecer que el enfoque de Determinantes sea una formulación de sanitaristas escribiendo en una sala pero sin anclaje real en las fuerzas sociales de la sociedad civil e incluso llegando el caso sin anclaje en el propio gobierno del que forme parte.

Capítulo II

Los países de la región

¿Cómo han abordado los Determinantes los países del cono sur? ¹⁰

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud creada por la OMS parece haberle dado un impulso a nivel mundial desde el 2005 para acá. En la región de las Américas, institucionalmente, se advirtió el primer impacto en julio del 2005 cuando la Organización Panamericana de la Salud propuso a los países de la Américas definir una agenda para abordar los Determinantes sociales de la salud. Pero no solo eso, sino que facilitó la posibilidad de formar a protagonistas de los gobiernos en la temática (ver <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso>).

Pero además la propia OPS produjo algunas iniciativas que muy importantes a favor de la los Determinantes como ha sido examinar las formas de integrar los Determinantes sociales con la agenda de la atención primaria¹¹.

En este contexto, la OPS, en su plan de trabajo bienal para el Mercosur 2008-2009, asignó recursos con el propósito de abordar el tema de los Determinantes sociales de la salud en el ámbito del Mercosur. Se abordó el tema y se asumieron compromisos en Foz de Iguazú (octubre del 2008), Buenos Aires (junio del 2008) y Asunción (julio del 2008), donde los ministros firmaron una resolución para impulsar políticas basadas en el enfoque de los Determinantes sociales de la salud.

De los 35 países que conforman la región de las Américas 11 incorporaron en sus planificaciones (2008-2009) indicadores relacionados con Determinantes sociales de la salud comprometiendo recursos de gestión para esta finalidad¹².

Pero veamos cómo han abordado la iniciativa de los Determinantes sociales de la salud **Brasil, Chile y Uruguay**, países del cono sur.

Brasil creó en 2006 la Comisión Nacional de Determinantes sociales de la salud (CNDSS) que se estableció 3 objetivos:

- ✓ *Generar informaciones y conocimientos sobre los Determinantes sociales de la salud en Brasil.*
- ✓ *Contribuir para la formulación de políticas que promuevan la equidad en salud.*
- ✓ *Movilizar diferentes instancias de gobierno y de la sociedad civil sobre este tema.*

Para concretar estos objetivos invitó a especialistas y a 16 personalidades de la vida económica, social, cultural y científica de Brasil nominados por el Ministerio de Salud. El trabajo de la Comisión se ha basado en la concepción de **salud como un bien público**; concepción a ser construida con la participación solidaria de todos los sectores de la sociedad brasilera y que tienen su principal expresión en el mandato constitucional: *la salud es un de derecho de todos y deber del Estado...* La CDSS desarrolla una serie de

¹⁰ No podría haber existido escrito este breve capítulo sin la invaluable colaboración del director de relaciones internacionales del Ministerio de Salud de, licenciado Sebastián Tobar. Colaboración que por supuesto no lo hace responsable de ninguna de las afirmaciones que contiene el texto.

¹¹ Ver 48º Comité Directivo de la OPS <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-14a2-s.pdf>.

¹² Ver: <http://www.fep.paho.org/esp/AcercadelaOficina/Plandetrabajo/tabid/97/Default.aspx>

proyectos con redes e instituciones colaboradoras y a su vez tiene un grupo de trabajo integrado por representantes de diversos niveles de la administración pública garantizando el trabajo intersectorial.

Chile también comenzó tempranamente a incorporar en su debates y acciones los Determinantes. Un hecho puntual fue un condicionante positivo del impulso en este país: el ex - Presidente de la República Ricardo Lagos fue uno de los integrantes de la Comisión de Determinantes de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Este hecho, indudablemente, impactó e impulsó a las autoridades sanitarias de ese país a lanzarse a la temática. Efectivamente comenzó la construcción de una Nueva agenda social desde la mirada de los Determinantes Sociales. Desde el Ministerio de Salud se han generado programas de desarrollo temprano sustentable y un programa para asegurar los derechos de la niñez a través de un sistema de protección social "Chile crece contigo". Asimismo, se implementan acciones destacando la necesidad de mejorar las condiciones de empleo y trabajo, especialmente a los grupos de trabajadores con mayor desprotección social y se ha iniciado la revisión de los programas de salud desde la perspectiva de equidad y Determinantes social de la salud, fortaleciendo las estrategias poblaciones que promuevan cambios en las conductas de riesgos no saludables y generando iniciativas conjuntas con los diferentes sectores de gobierno para fortalecer las políticas públicas integradas.

Hay un hecho destacable protagonizado por los gobiernos de **Chile** y **Brasil**, en forma conjunta con OPS y distintos centros colaboradores. Efectivamente organizaron una reunión de consulta con la sociedad civil sobre los Determinantes sociales de la salud, elaborándose la Carta de Brasilia como documento de referencia¹³.

Uruguay parece haber dado un paso más en sus avances iniciales ya que formulan un Plan en que involucran a todo el gobierno. Su modelo de gestión plantea la articulación de todos los sectores desarrollando una importante reforma económica, fiscal, laboral, previsional y, de la mano de la misma, una reforma sanitaria apuntando a ampliar la protección social en salud para todos los habitantes del país.

Argentina y la creación de la Secretaría de Determinantes

Argentina en el final del gobierno de Néstor Kirchner (2003-2007) crea la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias promoviendo de esta manera que la temática forme parte de las instancias más altas de la administración pública. Desarrollo a continuación distintos aspectos formales de la creación de la Secretaría.

Objetivos formales de la Secretaría de Determinantes

El decreto presidencial número 1357/2007 publicado el 4 de octubre de 2007 informa lo siguiente (**textual**):

¹³ Ver: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/CartaBrasilia-esp.pdf>

Objetivos de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

1. *Asistir al señor Ministro en la planificación estratégica de las políticas implementadas por el MINISTERIO DE SALUD en el ámbito de su competencia.*
2. *Asistir al señor Ministro en todas las cuestiones relativas a la determinación y análisis de los costos de las distintas áreas y prestaciones de la salud pública.*
3. *Proponer políticas y programas destinados a disminuir la incidencia de los costos asociados a las diversas áreas de la salud pública de modo de facilitar el acceso de la población a los servicios de salud.*
4. *Proponer el desarrollo de modelos de financiamiento apropiados de la salud pública a fin de promover el acceso equitativo de la población a servicios de salud de calidad en todo el país.*
5. *Evaluar el impacto económico de las políticas de salud impulsadas desde el MINISTERIO DE SALUD y, eventualmente, formular recomendaciones al señor Ministro a fin de optimizar el impacto de las mismas.*
6. *Asistir al señor Ministro en todas las actividades referidas a las relaciones sanitarias internacionales del MINISTERIO DE SALUD.*
7. *Entender en la celebración de convenios de cooperación técnica, en los convenios sanitarios binacionales, y en las relaciones con los organismos internacionales de salud.*
8. *Coordinar con el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, COMERCIO INTERNACIONAL Y CULTO, la realización de actividades de cooperación sanitaria en línea con la política internacional que desarrolla nuestro país.*
9. *Entender en el desarrollo de las relaciones institucionales con organismos dependientes de los Poderes Ejecutivo y Legislativo de los ámbitos nacionales, provinciales y municipales, como así también con instituciones del sector no gubernamental, de la seguridad social y privado que desarrollen actividades vinculadas al área de su competencia.*
10. *Diseñar e implementar, en coordinación con las áreas pertinentes del MINISTERIO DE SALUD, programas y proyectos destinados a reducir la incidencia de los Determinantes sociales de la salud.*
11. *Definir, coordinar y supervisar las políticas y acciones tendientes a mejorar los estilos de vida saludables de la población, su salud mental, en consonancia con las políticas generales del MINISTERIO DE SALUD de la Nación, tales como el Plan Federal de Salud Mental.*
12. *Participar, en forma coordinada con las áreas pertinentes del MINISTERIO DE SALUD en la elaboración de actividades de difusión, divulgación científica y promoción.*
13. *Fomentar y desarrollar investigaciones científicas en salud referidas principalmente a los Determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales de la misma.*
14. *Garantizar la aplicación e implementación de la política nacional de salud mental y comportamiento saludable en los Organismos bajo su dependencia.*
15. *Promover la realización de actividades participativas a nivel local conjuntamente con organizaciones no gubernamentales a fin de minimizar el impacto negativo de los Determinantes de la salud que operan sobre la población.*
16. *Entender en la asistencia técnica a municipios saludables miembros de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables.*
17. *Fomentar la participación de actores sectoriales e Interjurisdiccionales con el fin de evaluar los resultados socio-ambientales de las distintas intervenciones sanitarias previstas por el MINISTERIO DE SALUD destinadas a minimizar el impacto de los Determinantes sociales de la salud.*
18. *Coordinar la aplicación territorial de las acciones correspondientes a la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES con el CONSEJO NACIONAL DE COORDINACION DE POLITICAS SOCIALES.*

Los 18 objetivos pueden agruparse de la siguiente manera:

- ✓ 4 (2, 3, 4 y 5) refieren a cuestiones relacionadas con la **economía de la salud**.
- ✓ 3 (1, 9, 10) son de forma.
- ✓ 3 (6, 7 y 8) apuntan a cuestiones **internacionales**.
- ✓ 3 (11, 14 y 18) especifican en aspectos de **salud mental**.
- ✓ 2 (12 y 13) refiere a cuestiones de **investigaciones** científicas y promulgación.
- ✓ 1 (17) se detiene en la temática **medio ambiental**.
- ✓ 1 (16) indica entender en el programa de **municipios saludables**.
- ✓ 1 (15) se detiene en las **organizaciones no gubernamentales**.

No hay que ser muy sagaz para concluir en que los objetivos están **muy poco** relacionados con un aparato conceptual de Determinantes. ¿Cuáles han sido los criterios de inclusión/exclusión de áreas bajo las Secretaría? Evidentemente no es posible encontrar en la lectura atenta de los objetivos un hilo conductor de la conformación del área.

A esta altura necesito compartir un secreto a voces que circulaba adentro del Ministerio de Salud en el año 2008. Este Ministerio tenía bajo su órbita la Secretaría de Medio Ambiente de la Nación. Como se sabe Argentina mantuvo un conflicto internacional de proporciones con Uruguay a propósito de la instalación de unas papeleras en tierras uruguayas pero de cara al río que limita con Argentina. Este tema constituyó quizás la discusión pública más relevante en término de un tema ambiental y esto produjo reacomodamientos en la estructura del Estado nacional. Quizás la más importante, al menos para el tema que nos ocupa, es que la Secretaría de Medio Ambiente dejó de pertenecer al Ministerio de Salud de la Nación y pasó a depender directamente del Jefe de Gabinete de Ministros.

El “secreto” es que el entonces Ministro de Salud, doctor Ginés González García, solicitó que a cambio de la Secretaría de Medio Ambiente le crearan otra para no debilitar la propia estructura del Ministerio. Así es entonces que nació la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias en un contexto internacional de pleno auge de la Comisión de Determinantes sociales de la salud y en la propia región del cono sur con iniciativas importantes sobre todo por parte de Brasil y Chile.

De la enumeración de los objetivos se desprende la existencia de un área de **Economía de la Salud**, de **Relaciones Internacionales**, de **Salud mental**, de **Investigaciones científicas**, de **cuestiones ambientales**, de **municipios saludables** y de **organizaciones no gubernamentales**.

La Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias surgió para reunir áreas que estaban dispersas y dependiendo de otras Secretarías. No se evidencia en su conformación una reorientación de la política pública de salud llevada adelante por el todo Ministerio.

Por cierto que esto no invalida un gran sentido de oportunidad que tiene esta Secretaría. De hecho, ha habido una voluntad política sin precedentes en crear una instancia del más alto nivel con esta temática. Pero resulta necesario, para comprender resultados posteriores de gestión, cómo se ha concebido y cómo se ha instalado la Secretaría. Por ejemplo, resultó muy notorio al momento que asumí en el cargo la muy poca pertenencia

que encontré en todo la línea administrativa y técnica respecto de la propia Secretaría. Esto era un escollo inicial de gestión. Pero había otros: no había presupuesto para la Secretaría, ya que era el presupuesto que cada una de las áreas traía de las otras Secretarías. En consecuencia, funcionario sin presupuesto es poco lo que pueden hacer y planear. Pero es en ese contexto que además de llevar e intensificar la gestión en cada una de las áreas consideré oportuno abrir un debate profundo acerca de los Determinantes y sus desafíos de gestión en la Secretaría. Pero no lo hice solo desde los funcionarios que la integraban, sino que lo hice con todo el equipo de gestión que conformaba el Ministerio de Salud de ese momento.

Capítulo III

Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Introducción

En las próximas páginas recorreré la Secretaría de Determinantes desde 2 puntos de vista:

- ✓ El **primer** camino, intenta reflejar una instancia de reflexión analítica del equipo político de gestión. Efectivamente, a poco tiempo de comenzar de comenzar a andar en la Secretaría decidí hacer un Seminario interno con las máximas autoridades de del Ministerio de Salud para debatir sobre sentidos de los Determinantes. Los aportes de los
- ✓ presentes al Seminario, sintetizados, son utilizados por mi para caracterizar la situación sanitaria argentina y los desafíos que tiene una política de salud sustentadas en un enfoque de Determinantes.
- ✓ El **segundo** camino, algo anecdótico, pero no menos importante que el anterior es relatar algunos rasgos de nuestra gestión y notas del contexto político que explican avances y retrocesos de la propia Secretaría y quizás de la gestión de gobierno en general.

Seminario interno con todas las autoridades del Ministerio

Convocamos al doctor **Felix Rosenberg**, Secretario Coordinador de la Fío Cruz encargado de la planificación estratégica de esa institución en Río de Janeiro a los efectos de sentar las bases de una planificación estratégica para la Secretaría.

Fueron convocados, sin obligación de asistencia, los 29 funcionarios más importantes de la gestión en ese momento. Asistieron 21 y de los que no fueron la mayoría no lo hizo por razones laborales. La convocatoria fue un éxito. Los presentes fueron los siguientes:

- ✓ *Carlos Soratti. Secretario de políticas, regulación y fiscalización.*
- ✓ *Juan Carlos Nadalich. Secretario de programas sanitarios.*
- ✓ *Alberto Hernández. Secretario de determinantes de la salud y relaciones sanitarias.*
- ✓ *Aldo Marconetto. Subsecretario de salud comunitaria.*
- ✓ *Humberto Jure. Subsecretario de programas de prevención y promoción.*
- ✓ *Adolfo Sánchez de León. Subsecretario de relaciones sanitarias.*
- ✓ *Isabel Duré. Directora Nacional de capital humano y salud ocupacional.*
- ✓ *Sebastián Tobar. Director Nacional de relaciones internacionales.*
- ✓ *Ernesto de Tito. Director de Determinantes de la salud.*
- ✓ *Hugo Fernández. Director Nacional de prevención de enfermedades y riesgo.*
- ✓ *Ernesto Báscolo. Director de Economía de la Salud.*
- ✓ *Juan Reichembach. Director Nacional de Maternidad e Infancia.*
- ✓ *Ignacio Katz, Asesor de la Ministra.*
- ✓ *Mario Róvere, Asesor de la Ministra.*
- ✓ *Silvia Kochen, Asesora de la Ministra.*
- ✓ *Laura Waynstock, directora del programa municipios saludables.*
- ✓ *Juan Carlos Bossio, Director de epidemiología*
- ✓ *Claudio Bloch, Director del programa de SIDA y enfermedades de transmisión sexual.*
- ✓ *Gustavo Ríos, Director/Interventor del ANLIS.*
- ✓ *Mónica Carlés. Coordinadora del área de organizaciones no gubernamentales.*

En el Seminario estuvieron presentes otras personas que pertenecían a dependencias cuyos titulares están mencionados.

Resulta importante transcribir una parte de la invitación hecha por carta personal, porque allí había consignas para la participación:

Estimado... ..

Te cuento por las dudas que no sepas que Argentina es el único país del mundo que tiene una Secretaría de Determinantes de la Salud. Es muy nueva, recién está aprendiendo a caminar: no cumplió un año.

También seguramente sabés que la OMS constituyó una Comisión para trabajar a nivel mundial el tema de Determinantes. El hecho que la OMS haya tomado el tema de Determinantes es relevante en sí mismo, pero además nos plantea un desafío superior: discutir la salud como política pública en el conjunto de las políticas públicas sustantivas del Estado: “salud en todas las políticas”.

*Ahora bien, Argentina enfrenta un reto adicional: **institucionalizó el enfoque de Determinantes y lo hizo en el máximo nivel posible: Secretaria de Estado**. En consecuencia pensar en cómo operativizar el enfoque es un desafío en sí mismo.*

Estamos abocados en este momento a iniciar un proceso de planificación estratégica de la Secretaría de Determinantes pensado como política pública que incluso pueda encontrar visos de sustentabilidad en el tiempo, trascendiendo los actores circunstanciales que estén en la Secretaría.

*Para ello vamos a contar en primera instancia con la colaboración de la **Fio Cruz de Brasil**. El martes nos acompañara en un taller-Seminario interno el doctor **Felix Rosenberg**, Secretario coordinador de la Fio Cruz encargado de la planificación estratégica de esa institución centenaria de Brasil.*

La idea es tener una discusión abierta de un día de duración. Estarán presentes solamente integrantes de nuestra gestión: Secretarios, Subsecretarios, Directores y asesores. La invitación está formulada a todos y por supuesto que la propia ministra está al tanto de la misma.

Importa tu presencia y tu palabra, en consecuencia en algún momento pediré tu intervención para que reflexiones sobre la siguiente consigna:

Cuáles son los principales desafíos (de intervención y/o de reflexión) que tiene que tener un enfoque de Determinantes en una política pública de salud en Argentina de estos tiempos.

Quisiera, si es posible, que expongas tus ideas en pocos minutos. La idea es que todos hablemos y que luego podamos intercambiar impresiones entre los presentes.

(.....)

*Alberto Hernández.
Secretaria de Determinantes de la salud y relaciones sanitarias*

El Seminario contó con una introducción personal y con palabras, introductorias y de cierre, de Felix Rosenberg. Luego cada uno de los participantes ofreció sus respuestas a la consigna y se produjo un debate tan intenso como respetuoso. A continuación presento

los principales aportes que se esgrimieron y acordaron, **pero sin mencionar autoría de ellos**, ya que ninguno de los presentes al Seminario ha sido consultado para saber si están dispuestos a que sus opiniones se hagan públicas. Por eso preservamos el anonimato de los aportes.

Desde un punto de vista metodológico el anonimato lejos de ser una dificultad es una oportunidad. Permite que agrupemos todas las respuestas sin importar quién dijo qué. Y de este modo podemos hacer una lectura generalizada: son los aportes acerca de una determinada temática (Determinantes) que ofrece la plana mayor de la conducción del Ministerio de Salud de la Argentina en un espacio determinado de tiempo: 2008.

Una vez que se leyeron todos los aportes procedí a agruparlos en dos grandes componentes: **a)** las caracterizaciones que se hicieron del sistema de salud, de los Determinantes o de la situación sanitaria en general de la salud argentina en particular; **b)** los principales desafíos que tiene que tener un enfoque de Determinantes en una política pública de salud en la Argentina.

Caracterización de la salud argentina

A continuación el lector leerá el siguiente formato. Las afirmaciones de los asistentes al Seminario escritas en *cursiva, negrita y subrayada*. A continuación de cada una de esas intervenciones hay una reflexión o comentario de mi autoría.

- ✓ ***Caracterización: En un país capitalista la salud para todos es per se conflictiva. Naturalmente conflictiva con ciertos poderes económicos que actúan en el mercado.***

Esta apreciación, que quizás sea la de mayor nivel de abstracción, está íntimamente relacionada a los apartados anteriores donde refiero a Estado y Sociedad Civil. ¿Por qué creo que resulta relevante? Porque parte de considerar la realidad eminentemente conflictiva de las sociedades capitalistas. La propia teoría de Determinantes parte de considerar la organización estructural de nuestras sociedades. Veamos lo que sostienen Buss y Pellegrini (2006) al respecto: “una vez superado un límite determinado de crecimiento económico en un país, un crecimiento adicional de la riqueza no se traduce en grandes mejoras de las condiciones sanitarias” Y agregan “el factor más importante para explicar la situación sanitaria general de un país no es su riqueza total, sino la manera en cómo se distribuye”. Y la distribución es naturalmente conflictiva. Esto no constituye una toma de posición sino una constatación objetiva de las realidades de nuestros países. Pero reconocer este fenómeno obliga tomar posición respecto de cómo trabajar con los Determinantes y aleja la posibilidad de hacer una intervención naif donde pareciera que trabajar con Determinantes es promover que la gente camine más, que haga mayor actividad física o cualquier acción puntual determinada. Nunca los Determinantes pueden ser un programa, una acción puntual. Es una orientación que debe hacerse cargo de la realidad conflictiva de nuestras sociedades y una vez definida puede permear todos los programas y acciones de trabajo.

✓ ***Caracterización: La sociedad percibe la salud como estado y no como proceso.***

Indudablemente esta es una afirmación controversial. Pero si la damos por cierta -no contamos con datos- a partir de los comportamientos observados, es posible deducir que el mercado está ganando una batalla en lo que refiere al estado sanitario de la población. Si efectivamente la salud fuera considerada un proceso, habría más espacio para la auto-prevenición individual y también un poder del Estado de mayor regulación en aquellos aspectos que producen estados de no-salud y de inequidad sanitaria.

Pero quiero enfocar la cuestión desde un comportamiento ciudadano. Ya lo enuncié también en páginas anteriores, pero creo que resulta conveniente detenerse un párrafo nuevamente. Estamos viviendo en la época de mayor consumo individual de la historia de la humanidad. Buena parte de la existencia de cada uno de nosotros la ocupa el ciudadano-consumidor; esa actitud de consumidor empedernido en las que nos ubica la existencia actual es llevada también en nuestro comportamiento respecto de la salud. La actitud preponderante también es "consumir más salud" y aquí donde manifiesto mi acuerdo en que la salud es más un estado que un proceso. En este sentido es que la salud como estado y no como proceso resulta una escena adversa para empezar a trabajar con Determinantes, ya que es la propia ciudadanía la que considera que la salud es un bien a consumir y no un proceso público a producir. Pero hay más: los propios funcionarios políticos de los Estados tienen la misma concepción en consecuencia resulta muy difícil sensibilizar al propio equipo de gobierno que la salud es un proceso y no un estado. Hay aquí un desafío cultural superlativo para encarar cualquier política sanitaria que sustente en un enfoque de salud.

✓ ***Caracterización: Hay que reconocer que el Sistema de Salud argentino sufre un estado de segmentación y fragmentación que obstaculiza cualquier enfoque de Determinantes***

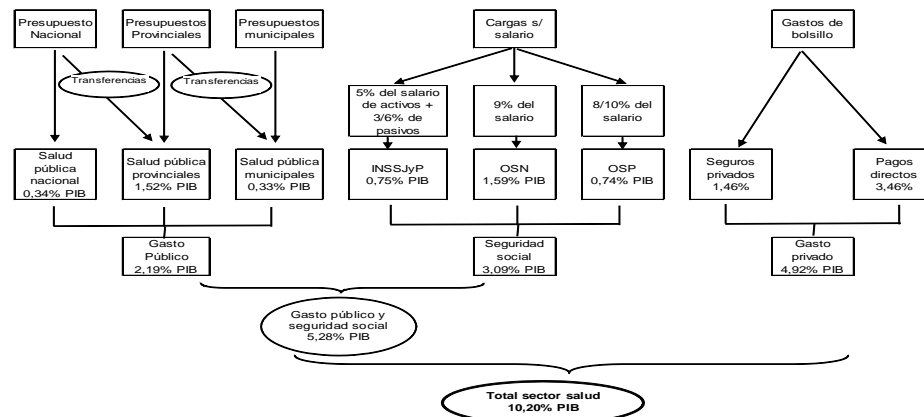
A los efectos de observar el fenómeno de la segmentación del Sistema de Salud Argentino veamos una tabla, producida por Cetrángolo y Aniello (2007), donde se observan la cantidad de subsistemas que componen el sistema de salud y el financiamiento y gastos del sistema en general.

Rasgos salientes de los diferentes subsectores del sistema de salud ¹⁴

	SUBSECTOR PÚBLICO	SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL			SUBSECTOR PRIVADO
		Obras sociales nacionales	INSSJyP (PAMI)	Obras sociales provinciales	
Población de referencia	Total de la población	Obligatorios: trabajadores formales y familiares a cargo Voluntarios: adherentes y jubilados	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos, otros	Empleados públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales	Afiliados voluntarios
Población (%)	39.356.383 100%	15.535.999 40%	3.334.599 8%	5.500.000 14%	3.600.000 9%
Entidades aseguradoras	Gobierno nacional, provincial y municipal	280	1 con 24 delegaciones provinciales	24 entidades provinciales	65 agrupadas en cámaras Existen entre 200 y 300 muy pequeñas. Cinco empresas se reparten el 60% del mercado.
Modo de financiamiento	Ingresos fiscales nacionales, provinciales y municipales	Trabajadores 3% Empleadores 6% Co-pagos Cuota adherentes Cápita PAMI	Trabajadores 3% Empleadores 2% Pasivos 3% al 6% Tesoro Co-pagos	Aportes y contribuciones de empleadores y trabajadores Presupuestos provinciales Adherentes y co-pagos	Pago directo de los afiliados Co-pagos
Gasto mensual per cápita (2009)	\$48	\$88	\$193	\$116	Sin información
Canasta de prestaciones garantizadas	Sin definición	Programa Médico Obligatorio de Emergencia	Canasta propia	No existe paquete mínimo	Programa Médico Obligatorio de Emergencia
Prestación de servicios	Hospitales públicos Centros de atención primaria de la salud (CAPs) Posta sanitaria En algunos casos, sector privado	Pública y privada, algunos efectores propios de las obras sociales	Privada, pública y dos policlínicos propios	Privada, pública, algunos efectores propios	Privada, pública, algunos efectores propios de las empresas de medicina prepaga

¹⁴ Fuente: Extraído de Repetto, Fabián. Potenza, Fernanda. *Protección social en Argentina*. 2010. Mimeo. Ellos citan como fuente a PNUD (2010), elaborado en base a Anlló y Cetrángolo (2007).

Gasto en salud de Argentina (2008)



Fuente: Anlló y Cetrángolo (2007). Extraído de los Diálogos de Protección Social organizados por la Universidad de San Andrés y CIPPEC. 2010.

Indudablemente estas tablas confirman la **segmentación** y la **fragmentación** del sistema de salud.

- Cada provincia (24) constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, con sus políticas sanitarias -locales y regionales-, con perfiles diferenciados de demandas y con marcos regulatorios específicos.
 - Hay una visible heterogeneidad en el proceso de descentralización y sus modalidades operativas, grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia. En este sentido son dos las provincias que tienen descentralizado el nivel de atención primaria en sus municipios: Buenos Aires y Córdoba. En otras dos se notan algunas tendencias hacia esa descentralización y en las 20 restantes el subsistema provincial es completamente centralizado.
 - La diversidad de situación a nivel jurisdiccional, local deriva en la inexistencia de un nivel único básico de cobertura asegurada para la atención pública de la salud de los habitantes.
- ✓ **Caracterización: Que la Argentina haya decidido crear una Secretaría de Determinantes no significa que está dispuesta a reducir las inequidades**

Esta afirmación hecha por uno de los integrantes del Ministerio y participante del Seminario no cuenta con evidencia suficiente. A priori y desde cierta lejanía es posible pensar que cualquier país que crea una Secretaría de Determinantes está dando una señal respecto de reducir inequidades. Soy de los que piensa que el actual gobierno nacional (Cristina Fernández) y el anterior (Néstor Kirchner) enserio han querido reducir inequidades y han producido políticas en ese sentido, sin embargo la apertura de la Secretaría parece estar motivada en consideraciones de más corto alcance como creó haber dejado en claro en el aparato en el que me detengo en los objetivos formales de la Secretaría.

- ✓ **Caracterización: La mayoría de los Determinantes está fuera del área de competencia de salud**

Esto es una constatación objetiva que no merece muchos comentarios y que no es patrimonio de la Argentina. En todos los Estados-Nación la mayoría de los Determinantes está afuera del sector salud. Pero esto lejos de ser un obstáculo para enfocar las políticas públicas de salud es también una gran oportunidad. Por otro lado no olvidar que la propia atención sanitaria, determinante inmediato de las condiciones sanitarias de la población, sí está bajo la órbita de las autoridades de Salud. Buena parte de las herramientas para imponer otro enfoque están en manos de autoridades sanitarias.

- ✓ **Caracterización: Nuestro país se caracteriza por tener un perfil epidemiológico en el que se presenta una doble carga de la enfermedad; y está más preparado para atender las enfermedades transmisibles que las no transmisibles**

Efectivamente es así. Acerca de la doble carga de la enfermedad los datos así lo evidencian y la segunda de las afirmaciones acerca de que el país *está más preparado para atender las enfermedades transmisibles que las no transmisibles* también resulta notorio. Pero en este sentido es bueno también comparar con otras políticas públicas, así uno podría decir que el sistema educativo

también está preparado para un alumno que ya cambió profundamente. En verdad este fenómeno tiene que ver con cierta lentitud del Estado para adaptarse a los cambios ocurridos en la sociedad. Se advierte en salud, se advierte en educación y en la mayoría de las políticas públicas. Esto es un obstáculo, pero debe constituirse en un desafío a construir en la propia gestión de quienes propugnan hacerse cargo de la política sanitaria.

- ✓ **Caracterización: Para definir el rol de la Secretaría de Determinantes es necesario tener claro el rol del Ministerio; Ministerio que reproduce en su interior la fragmentación del sistema de salud**

Todos los Ministerios de salud de los distintos países tienen un primer objetivo: **ejercer la rectoría en materia sanitaria de sus países**. ¿En Argentina eso es posible? El Ministerio aporta apenas el 0,34% del gasto en salud. ¿Es posible ejercer la rectoría con ese manejo de recursos directos en una realidad segmentada y fragmentada como hemos visto antes? Indudablemente es muy difícil, pero está muy lejos de no poder hacerse nada. Es mucho lo que puede hacer el MSAL y mucho más aun con el poder de regulación que lo mantiene intacto dada la normativa nacional y dado su capital simbólico; esto es: su capacidad desde el poder político nacional de influenciar en los andamiajes provinciales, en las obras sociales nacionales y en el mercado.

De todos modos, las debilidades son importantes. La realidad marca que desde el 2003 a la fecha el Ministerio ha tenido poco y nada que ver en el PAMI y no tiene plena gobernabilidad sobre lo que pasa en las Obras Sociales y las provinciales. Tanto el destino de una y de otra se dirime en mesas del poder político más alto de Argentina, con sindicatos y gobernadores, que funcionan fuera del Ministerio de Salud. Y donde las autoridades sanitarias **no** siempre pueden protagonizar participando, planeando, ejecutando o auditando.

Pero no es un problema o un déficit que acontece exclusivamente en el Ministerio de Salud. Se inscribe en una problemática mayor que encuentra su foco en la relación administración pública y fuerzas políticas que llegan al gobierno. Me detendré a continuación unos párrafos para caracterizar esta relación, ya que lo considero crucial para cualquiera que desee intervenir en el Estado.

Cuando el Estado participa e interviene en un escenario de conflictos e intereses sociales en permanente reconfiguración, como es la Salud Pública, no hay que creer que la intervención es unidireccional o monolítica: *“no puede concebirse al Estado como una entidad monolítica al servicio de un proyecto político invariable, si no que debe ser visualizado como un sistema en permanente flujo, internamente diferenciado, sobre el que repercuten también diferencialmente demandas y contradicciones de la sociedad civil”* (Oszlak, 1980).

La implementación de las políticas públicas en salud ha sido tradicionalmente considerada parte de la esfera propia de actividad de la administración pública, o más precisamente, del Poder Ejecutivo y en particular de su burocracia. A su vez, la responsabilidad política de la toma de decisiones ha sido atribuida al gobierno de turno, mientras que la ejecución suele ser considerada como una responsabilidad de la burocracia. ¿Hay aquí una dicotomía? En verdad es una falsa dicotomía. Hay quienes intentan proteger la legitimidad de la política, vinculando su posible fracaso a razones técnico-burocráticas (“no pude hacerlo”). Pero es insuficiente plantear que la falsa dicotomía se alienta solo desde “la política” o de los factores políticos. Hoy el problema es más complejo y también esa dicotomía se alienta desde la burocracia. Es la burocracia, a través de responsables que suelen ser traductores del mundo político al mundo burocrático (y académico en el caso particular de la salud), quienes buscan legitimidad de su

incompetencia atribuyéndole las razones de los fracasos a los decisores políticos. Entiéndase bien: **no estoy justificando a los decisores políticos pero tampoco protegiendo los decisores burocráticos**. Se me ocurren un ejemplo donde se manifiesta con claridad lo que acabo de escribir a poco de adentrarse en los debates sectoriales: **Adicciones**: la desorientación de los decisores políticos frente a un problema que avanza a pasos agigantados y una respuesta estatal que no encuentra qué hacer no es inferior a la desorientación que manifiesta la línea burocrática-técnica-académica del Estado. Nadie acierta en qué hacer y todos coinciden en algo: los responsables son los otros y se busca afanosamente la legitimidad propia en la incompetencia ajena.

La estabilidad de las políticas públicas se alcanza sólo en la medida en la que exista estabilidad en las burocracias. Lo deseable es que ante los cambios de gobierno la burocracia conserve su integridad y poder, a fin de que los vaivenes de los cambios de gobierno no afecten el desenvolvimiento de las políticas públicas. ¿Un buen punto analizar es hasta donde la llegada de Ocaña afectó el andamiaje conseguido por González García? Y si afectó preguntarse si es propio de esa relación o es un ejemplo más entre muchos otros que puedan observarse?

Aquí también me permito una sugerencia para pensar o mejor para afinar la mirada respecto de la Argentina sobre todo en los últimos años (desde el comienzo de la presidencia de Menem para aquí, pero acrecentándose en los sucesivos gobiernos). Refiero a lo que denomino **discontinuidad institucional democrática**. Creo que conviene, solo a fines analíticos, hacer una sutil pero importante distinción: **a) discontinuidad horizontal**: es decir cuando cambia un gobierno por otro y **b) discontinuidad vertical**: cuando hay cambio de Ministro o del superior de un organismo a cargo de políticas públicas.

En el gobierno de Menem comenzó una tradición de conformación de gobierno donde los Ministerios tuvieron una creciente autonomía conforme incluso fueran entregados a sectores políticos en alianza o a dirigentes muy sobresalientes y autónomos o a sectores sociales determinados. Esto se acrecentó luego de Menem, es decir durante el gobierno de la Alianza y ahora está en su máxima expresión. Hay un núcleo básico de decisiones importantes (pocas) que corresponden al centro de la toma de decisiones de los gobiernos, pero más allá de ese núcleo básico las decisiones de los programas y de las especificidades de cada política pública se toman en los ministerios con un grado de autonomía **extrema**. Esto configura el perfil de gestiones con distintas finalidades en los diferentes ministerios que conforman un mismo gobierno. Cuando acontece el cambio de algún Ministro (discontinuidad vertical), dentro de la dependencia, se cumple el mismo efecto que cuando cambia un gobierno todo (discontinuidad horizontal): suele empezar todo de nuevo, no pocas veces la gestión anterior suele ser vista como la oposición a pesar que son ministros del mismo gobierno. Este comportamiento está pasando de ser excepcional a naturalizarse. Algunos ejemplos recientes: cambio de Sergio Massa por Aníbal Fernández, de Graciela Ocaña por Juan Carlos Manzur. Algunos más antiguos: Porto por Susana Decibe, Erman González por Cavallo, etcétera. En esos cambios verticales la tensión que se manifiesta al interior de los Ministerios, entre burocracia y política, es equiparable a la de los cambios de gobiernos (discontinuidades horizontales). Y es mucha.

Creo que este fenómeno está directamente vinculado con aquello que Juan Carlos Torre (1998) se preguntaba hace unos años si los gobiernos de América Latina habían adoptado el paquete neoliberal por una profunda convicción en sus propuestas o bien si dicha adopción estaba vinculada al hecho que las elites partidarias introdujeron las reformas en sus propias agendas como **expedientes pragmáticos** que dieran garantías de poder gobernar. Torre se inclina por la segunda de las razones y estoy completamente de acuerdo. Pero con el correr de los años el fenómeno de los expedientes pragmáticos se profundizó y extendió, de tal manera que los gabinetes ya suelen conformarse de acuerdo al criterio de **expediente pragmático**: los Ministros

como cabezas de isla pero seleccionados pensando más en que comanden lo que pasa en esa isla antes que con la idea de generar un archipiélago interconectado entre los distintos ministerios (intersectorialidad). Ministerios que suelen convertirse en gestiones autónomas (relativa, obviamente, pero acentuada) de sus propios gobiernos. Cuando esa autonomía no resulta tan intensa suele ser porque las relaciones personales entre Ministros hace que se de una estrecha colaboración entre ellos. Esto explica que me haya permitido incluir como una variable de la discontinuidad institucional su vertiente vertical que refiere a cambio de Ministros o responsables de área y cuyo efecto, en la relación política-burocracia es similar, a la de los cambios de gobierno.

En este marco de comportamiento Estatal por cierto que cabe preguntarse ¿cuáles son las restricciones de la estructura del Estado, de la Administración Pública y de comportamiento político para formular y poner en marcha un enfoque de Determinantes de la salud a Escala Nacional? Considero que en países como los nuestros estas variables político institucionales son determinantes de primer orden para un enfoque de Determinantes sociales de una política sanitaria.

- ✓ ***Caracterización: El enfoque de Determinantes aun no ha podido mostrar aplicaciones a la hora de la intervención***

Tomaré esta afirmación como que está formulada para Argentina en forma particular. Creo que el enfoque de Determinantes efectivamente mostró aplicaciones y me refiero específicamente a la gestión de Ramón Carrillo en los años 40 y 50. Carrillo que siempre hacía suyas las expresiones del famoso patólogo alemán Virchow (1821-1902) “*la política no es más que medicina en gran escala*”. Y él mismo decía: “*frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas*”¹⁵. Toda la literatura especializada coincide en que aquellos años fueron verdaderos años de progreso sanitario, no solo por el mejoramiento de la oferta sino también por la situación sanitaria de los propios argentinos. Pero quizás hay que calificar aquel momento como una circunstancia histórica donde efectivamente el gobierno nacional tuvo un enfoque de Determinantes sobre las políticas sanitarias. Todo lo que vino luego de aquellos años fue empeorando las circunstancias. Y es cierto que no hay en tiempos actuales evidencias que puedan surgir de un enfoque de Determinantes, hay logros de progreso sanitario y social pero no hay evidencias de un enfoque **explícito** de Determinantes. En el 2007 se creó la Secretaría de Determinantes pero es evidente que la sola creación de esta dependencia está lejos de ser un enfoque o una orientación contrastable.

Quiero resaltar los años de gobierno desde 2003 a la fecha. Argentina sobrevivió a la peor crisis de su historia que aconteció en finales de 2001 y principios de 2002. Desde entonces ha habido una recuperación creciente, palpable y observable en todos los ámbitos y por supuesto dentro de lo sanitario. Se está ostensiblemente mejor que lo que se ha estado en décadas anteriores. Y todo se lo ha hecho con este Ministerio fragmentado, con esta circunstancia sanitaria segmentada y fragmentada, con la doble carga de la enfermedad y en una realidad siempre conflictiva como toda sociedad capitalista. **Es decir, que los márgenes de maniobra de gestión a favor de la gente aun son muchos y los hechos así lo evidencian.**

¹⁵ <http://electroneubio.secyt.gov.ar/DrRamonCarrillo.htm>

- ✓ **Caracterización:** La intersectorialidad genera conflictos que hay que asumir y tratar de morigerar

Políticas sustentadas en un enfoque de Determinantes tienen una serie de requisitos necesarios para saltar la barrera de la retórica. Uno de ellos es la intersectorialidad. En los Estados nación donde las propias estructuras administrativas tienden, cada vez, a dividirse en unidades operativas (ministerios) con límites muy difusos entre sí no cabe otra opción de gestión que no sea la intersectorialidad. Sin gestión intersectorial no hay enfoque de Determinantes posible.

- ✓ **Caracterización:** La dimensión local cobra una importancia superlativa para trabajar los Determinantes. Hay que reivindicar la heterogeneidad de la realidad; cuidado con generalizaciones

El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS demuestra que esta afirmación escuchada en el Seminario es válida para todos los países del mundo. En todos la gradiente social caracteriza sus situaciones sanitarias y Argentina no escapa a eso. Si, como señalé en el punto anterior, la intersectorialidad es difícil imaginemos si además le agregamos la heterogeneidad de las distintas realidades que vive nuestro país. Solo por señalar un punto podemos decir que ciertas tasas de mortalidad materna del norte argentino¹⁶ y de algunos lugares del conurbano bonaerense se ubican dentro de lo peor del mundo.

Comentario final sobre las caracterizaciones escuchadas

Si bien hice apreciaciones personales acerca de cada una de las caracterizaciones de la situación sanitaria argentina, se puede aseverar en términos generales que hay una manifiesta coherencia y un acuerdo generalizado entre la primera plana del Ministerio de Salud de la Nación (2008 y 2009) que manifiesta plena conciencia de las dificultades que enfrenta una política sanitaria para sustentarse en un enfoque de Determinantes.

¹⁶ Año 2005. La mortalidad materna en la región centro del país es de 2,6, mientras que en el NEA es de 8,5%. Fuente: MSAL a través de su Dirección de Economía de la Salud.

Desafíos que tiene que tener un enfoque de Determinantes en una política de salud nacional

- ✓ *Desafío: Para trabajar sobre Determinantes hay que definir con precisión: a) qué engloba salud; b) qué son los Determinantes desde nuestra mirada; y c) priorizar sobre cuáles Determinantes intervenir. Con la heterogeneidad que muestra nuestro país, el riesgo es abordar todo y terminar no abordando nada.*
- ✓ *Desafío: Para trabajar en Determinantes hay que desaprender lo que se aprendió y esto se logra, por ejemplo, integrando a la comunidad en las políticas sanitarias.*

Estas dos expresiones están relacionadas con la necesidad de poner blanco sobre negro cuestiones necesarias de acordar a la hora de elegir y promocionar una política de salud desde un enfoque de Determinantes de la salud. Es claro, incluso, que hay quienes se cuestionan el enfoque de lo aprendido: *para trabajar con Determinantes hay que desaprender mucho de lo aprendido*. Se advierte plena conciencia de la necesidad de definir qué es el enfoque de Determinantes y también qué es lo que engloba la salud misma. Al mismo tiempo hay un llamado de atención respecto del riesgo de pretender abordar todo y terminar no abordando nada.

- ✓ *Desafío: Para trabajar sobre Determinantes hay que revisar la estructura del ministerio. Tal como está es poco probable que los programas incorporen el enfoque de Determinantes.*

Hay plena conciencia que la organización actual del Ministerio de Salud de la Nación dificulta, sino impide, un enfoque de Determinantes. Un enfoque que trascienda la mera retórica.

Los tres desafíos expuestos hasta ahora son coincidentes en que abordar un enfoque de Determinantes para una política de salud requiere definiciones muy importantes que son, antes que una cuestión conceptual, una decisión política de querer revisar los enfoques actuales e incluso revisar la propia estructura del Ministerio.

- ✓ *Desafío: Resulta necesario trabajar con énfasis en la comunicación. Es una dimensión crucial para la interacción y el trabajo de los Determinantes. Hay que cuidar el lenguaje porque la salud es una construcción colectiva*

Este es un aspecto clave para considerar un enfoque de Determinantes. Pero no lo es solo por razones instrumentales. Me explico: la mayoría de la gente que se desempeña en políticas públicas tiene una concepción sobre la comunicación desfasada en el tiempo.

Resulta importante entonces resaltar cuál mi concepción que prima de la comunicación en la gestión pública. La experiencia me indica que la mayoría de los gestores públicos, independientemente de la responsabilidad que tengan en la estructura jerárquica, considera a la comunicación como un hecho externo de la acción pública que quieren, precisamente, comunicar. Suele haber una incompreensión de lo que significa el entorno del espacio público donde se gobierna cualquier política pública. La comunicación ya no es opcional: es condición necesaria de cualquier gestión que se lleve adelante. Por supuesto que cada especificidad de política pública tendrá sus particularidades comunicacionales, **pero el hecho comunicacional forma parte de la misma política pública que se pretende accionar**. No es externo. El

considerar externo a la comunicación tiene consecuencias notables para la gestión: separa y desintegra a técnicos, decisores y comunicadores. Entonces se terminan en un escenario dónde primero se piensa qué hacer y luego cómo comunicarlo. Error.

El nuevo entorno de medios de comunicación indica que las gestiones públicas necesitan de la comunicación pública, ya no solo para llegar donde quieren llegar sino también como vehículo legitimante de su acción. **El nuevo desafío para los funcionarios públicos es ese pasaje de considerar lo comunicacional como parte de la definición de cualquier acción de gestión pública y no como un hecho externo.**

Estas consideraciones pensadas desde los Determinantes de la Salud se tornan aún más relevantes. ¿Por qué? Por lo que hemos referido en párrafos anteriores en la caracterización *la salud es considerada un estado y no un proceso*. Esta aseveración, como dije, indica un estado del sentido común adverso para un enfoque de Determinantes. Entonces el enfoque de Determinante debe tener claro que el sentido común es adverso y que revertirlo es un desafío en sí mismo. Y ahí el componente comunicacional es tan importante como cualquier otro. Y sería un gravísimo error considerarlo en su faz instrumental. Es esencial al enfoque mismo.

- ✓ **Desafío: Construir evidencia que muestre el impacto de los Determinantes en el estado de salud de la población, en la medida de lo posible con fuentes de informaciones propias. La evidencia es lo que permitirá mayor capacidad de negociación con otros actores a la hora de la intersectorialidad y también facilitará el empoderamiento de la ciudadanía en cuanto a sus derechos.**

Considero este aporte dirigido a la sustancia misma del enfoque de Determinantes. La construcción de **evidencias comunicables** es lo que haría creíble y atendible el enfoque. ¿Por qué hablo de evidencia comunicable? Porque evidentemente se puede crear evidencia de jerga, es decir dedicada a un público selecto como pueden ser ciertos espacios académicos. Pero aquí la evidencia tiene que ser el basamento sobre el que soporte la batalla por el cambio del sentido común respecto de la consideración de la salud como proceso y no como resultado. Tampoco desecho la evidencia para influir en ámbitos académicos: es tan importante como la otra. Pero los actores de la salud pública suelen tener más claro la producción y difusión de evidencia al interior de la academia. Para un ámbito como para el otro, sentido común y academia, siempre hay que considerar que intentar modificar el sistema de creencias e imponer otro es básicamente una lucha político cultural; es decir de las más difíciles que suelen enfrentar los seres humanos.

En una parte de la enunciación del desafío se precisa que la evidencia se debe construir *con fuentes de información propias*. Este es un modo de decir con otras palabras que hay que discutir el estado del Ministerio de Salud de la Nación. **¿Su estructura permite tener información en tiempo real y ágil para la construcción de evidencia?** Creo que no y lograr esta situación es tan complejo como la puesta en marcha de un nuevo enfoque.

- ✓ **Desafío:** Diseñar: a) un programa estratégico y otros de gestión que marquen el rumbo; b) priorizar y jerarquizar Determinantes sobre los que accionar; c) establecer los destinatarios y el resultado esperado; d) señalar y priorizar con quienes interactuar (para esto es necesario trabajar con epidemiología de modo de tener claro cuáles son los principales problemas de salud). Si todos estos puntos se definen adecuadamente la gobernabilidad de la acción está en condiciones de cumplirse.
- ✓ **Desafío:** Liderar la discusión pública (rol de pedagogía, rol de persuasión para que se incorpore la noción de salud en otras políticas públicas) sobre el tema de los Determinantes tanto adentro del ministerio como en el resto del Estado. También donde se forman los RRHH en salud y en la sociedad civil. Esto implica un plan estratégico de comunicación y promover la intersectorialidad.

Los asistentes al Seminario también se permitieron la exposición de desafíos ya no solo para un enfoque de Determinantes en términos generales sino qué es lo que se debería hacer, según ellos, en la Secretaría de Determinantes de la Salud.

Y plantean dos aspectos sustantivos: **a) planificar** porque si no no hay gobernabilidad posible de lo que se quiere hacer; y **b) acción política** de la propia "causa de Determinantes". Uno de los presentes utiliza una imagen más que gráfica, "la Secretaría de Determinantes debe ser una suerte de Cancillería del propio Ministerio" dicho esto en el sentido que hay que liderar la acción para afuera del ministerio: con otros sectores del gobierno; con los espacios subnacionales; con el poder legislativo y judicial; con los espacios de formación de los RRHH de la salud. Pero también se señala que la función de liderazgo hay que ejercerla adentro del propio Ministerio, ya que se reconoce que allí no hay un accionar que muestre un compromiso real con implementar un enfoque de Determinantes.

- ✓ **Desafío:** Trabajar los Determinantes desde una perspectiva ambiental amplia, que incluya hasta lo social. Se señalan dos temas actuales de la Argentina en lo que la Secretaría tiene que protagonizar: la Cuenca Raichuelo Matanza y agroquímicos.
- ✓ **Desafío:** Trabajar específicamente el determinante de lo alimentario. La Argentina no puede ni debe tener los problemas alimentarios que tiene.
- ✓ **Desafío:** Trabajar en la generación de capacidades. Y se da el ejemplo de la capacidad de negociación que, naturalmente, desarrolla la implementación de los municipios saludables.
- ✓ **Desafío:** Tomar los ODM como una gran oportunidad estratégica de acción de transversalidad de la Secretaría. Se señala que el desafío es si intervenimos entre todos los ODM ya que todos se relacionan, directa o indirectamente, con la salud.
- ✓ **Desafío:** Profundizar el camino ya iniciado de responder con mayor intensidad a las no transmisibles (ejemplos: prevenciones del trauma en lo laboral y seguridad vial, tabaquismo, promoción de una alimentación saludable). Lo importante es mostrar acción.

Los asistentes al Seminario también se permitieron plantear desafíos de intervención desde una mayor cercanía a los que se estaba haciendo en el Ministerio de Salud en el 2008. Así es que se

enumera una intervención precisa en: **a)** los ODM; **b)** profundizar en no transmisibles; **c)** fortalecer los municipios saludables ya un ámbito ideal para la generación de nuevas capacidades; **d)** lo alimentario, **e)** lo medio ambiental donde se señalan dos intervenciones particulares: la cuenca riachuelo matanza y la cuestión de agroquímicos.

- ✓ **Desafío: Un enfoque de Determinantes necesariamente debe apuntar a la intersectorialidad e interdisciplinariedad.**

He dejado para el final este desafío enunciado y acordado por quienes protagonizaron el Seminario porque hace las veces de imperativo metodológico de un enfoque de Determinantes. Y es un imperativo que genera preguntas de índole general pero no por eso poco sustantivas: **¿El Estado argentino está preparado para la intersectorialidad? ¿Y el gobierno nacional? ¿Y las fuerzas políticas? ¿Y los protagonistas académicos? ¿Y los propios funcionarios?** No reflexionar sobre los tópicos que generan estos interrogantes es no pensar en los Determinantes institucionales y estructurales que fijan tanto las posibilidades como las restricciones a un enfoque de Determinantes. En consecuencia utilizaré este apartado para presentar una visión personal de cómo se conforman.

Cunnill Grau (2005)¹⁷ demuestra en su muy buen artículo sobre intersectorialidad que ésta es mucho más compleja que la mera suposición de poner dos o más áreas a trabajar conjuntamente. Señala dos elementos del concepto:

- ✓ *“Convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para producir políticas integrales e integradas que ofrezcan respuestas a las necesidades generales”.*
- ✓ *“Articulación de saberes y experiencias en el planeamiento, realización y evaluación de acciones, con el objetivo de alcanzar resultados integrados en situaciones complejas, buscando un efecto sinérgico en el desarrollo social”.*

Cunnill Grau también indica tres principios a los que alude a la intersectorialidad:

- ✓ **Integración:** remite a soluciones y visiones compartidas entre distintos sectores.
- ✓ **Inclusividad:** afecta desde el diseño hasta la evaluación de las acciones.
- ✓ **Mancomunidad:** supone compartir recursos, responsabilidades y acciones.

Según la misma autora la intersectorialidad también presenta otros rasgos distintivos: **a)** *Interpela a la solidaridad o al poder;* **b)** *Es un proceso político cultural;* y **c)** *Es una estrategia para solución de problemas.*

Revisando estos aportes de Cunnill Grau advierto que la intersectorialidad básicamente es un proceso y no solo una enunciación como suele ser utilizado en el sentido común de los protagonistas del Estado. Referir a la intersectorialidad es políticamente correcto pero es muy poco frecuente encontrar experiencias intersectoriales exitosas y las pocas que hay suelen ser siempre locales.

Pero nadie nace “insectorializado”. A mi criterio para ver cuán capaz es una dependencia del Estado de llevar adelante una política intersectorial hay que tener en cuenta las capacidades del Estado. Y para referir a estas capacidades me detendré en algunos de sus componentes: **a)** capacidades técnicas; **b)** capacidad política del Estado dividida en dos planos: **b1)** capacidad de

¹⁷ Cunnill Grau, N. La intersectorialidad en el gobierno y la gestión de la política social. Ponencia ante el X Congreso Internacional del CLAD. Santiago de Chile. 2005.

las propias fuerzas políticas que luego acceden a gobernar y **b2)** capacidad de quienes se forman en el conocimiento y la academia para volcar su saber a la cuestión pública.

Capacidades técnicas del Estado

Hay que distinguir: no es lo mismo la capacidad técnica del orden nacional, que del provincial o la municipal. Estas capacidades suelen seguir la tendencia, aunque inversamente proporcional, de los datos sociales: a mayor pobreza menor capacidad técnica. Por ejemplo, hay mejor capacidad técnica del Estado de la ciudad de Buenos Aires que del Estado de Formosa.

Pero si nos circunscribimos a la capacidad técnica del Estado Nacional se advierten claroscuros. Es muy difícil advertir uniformidad. Así por ejemplo es creciente la capacidad para cobrar impuestos, para tramitar documentos de identidad, para hacer transferencias monetarias, pero no tiene la misma capacidad para defender a los consumidores frente a los abusos del mercado, o para abordar una defensa del medio ambiente allí donde hay problemas emblemáticos de la Argentina. Y en el caso específico de Salud también tiene sus claroscuros: presenta una capacidad técnica en investigación concentrando los institutos de investigación en el Administración Nacional de Laboratorio e Institutos de Salud (ANLIS) o resulta ejemplar en su capacidad técnica en la trasplantes de órganos pero no puede reducir la mortalidad materna en el norte argentino.

En consecuencia hablar de la capacidad del Estado en términos generales puede resultar hasta un buen ejercicio en abstracto pero de pocas implicancias fácticas. En el caso que nos ocupa: la intersectorialidad, en tanto componente necesario y fundamental de cualquier proceso de Determinantes, podemos decir que el Estado Argentino de la mano del gobierno de Néstor Kirchner (2003-2007) y continuado con el actual (2007-2011) creó un espacio específico al respecto: el **Consejo Nacional de Políticas Sociales**. Este Consejo está conformado por todos los Ministerio Nacionales con un aspecto social, tiene autoridades propias y está presidido por la Ministra de Desarrollo Social de la Nación. Pero hay que admitirlo: este Consejo no ha zanjado los problemas descoordinación sistémica que presentan las políticas sociales en Argentina y las de salud en particular. Se creó el Consejo pero es difícil encontrar adelantos sustantivos en lo que refiere a intersectorialidad del gobierno en materia social.

Con este panorama presentado en los párrafos anteriores cabe una pregunta: **¿el actual gobierno y el anterior de Néstor Kirchner no han hecho nada en materia social en general y en Salud Pública en particular?** Tanto Néstor Kirchner como su esposa Cristina Fernández de Kirchner siempre se han autoidentificado como un mismo gobierno ejercido por distintos presidentes. Si respetamos esa autoidentificación que ellos mismos han hecho y consideramos que desde 2003 hasta la fecha estamos gobernados por el mismo gobierno, me siento en la necesidad de decir que **es el gobierno que más adelantos en materia social y en materia de salud pública ha hecho en los últimos 60 años de vida pública Argentina**. Pero a la par hay que decir que es el gobierno que tomó en peor estado la Argentina que le tocó gobernar. Entonces hasta el momento las políticas han sido de trazos de gruesos y en consecuencia la ausencia de intersectorialidad en materia social ha sido disimulada porque el trazo grueso permite el ocultamiento de ese déficit. Volvemos al ejemplo que tanto he repetido en este trabajo: la mortalidad materna en el norte argentino. Revertir esa situación no solo significa tomar medidas estructurales importantes sino también la coordinación y la intersectorialidad son piezas clave para positivizar esas situaciones. Hay un riesgo del presente en la Argentina: **crear que hay un posible derrame progresista**. La teoría del derrame: que el crecimiento

económico per se trae desarrollo, no funciona en ninguna de sus manifestaciones, al menos no hay demostración fáctica en el espacio internacional. No hay derrame progresista; no hay derrame que solucione los problemas de la pobreza estructural. El derrame no funciona. Para revertir situaciones (como las que sobran en el plano social y de salud pública) se necesitan políticas activas y se necesita dotar de mayor capacidad técnica al Estado Nacional.

A esta altura cabe otro interrogante: **¿es voluntad de alguien o de un grupo o de un actor social determinado que el Estado manifieste grietas notables en su capacidad técnica?** Creo que no es así sino que es una circunstancia que reúne varios componentes y que, entre otras razones, tiene que ver con la capacidad política del Estado. De eso se tratan los párrafos siguientes.

Capacidad política del Estado

En el primer capítulo referí a mi concepción del Estado. Allí aclaré que no es otra cosa que un ámbito institucional ocupado por **fuerzas políticas** que ganan su acceso por vía democrática (en Argentina hace 28 años ininterrumpidos, felizmente). En consecuencia el desarrollo de las capacidades técnicas del Estado hay que rastrearlas en ver cómo se modelan esas fuerzas políticas y sociales y cómo forman sus cuadros de gobierno. Aquí confluyen cuestiones netamente políticas, en el sentido de la conquista del poder, y técnicas, tanto de lo meramente administrativo como desde el conocimiento mismo en su mayoría proveniente del mundo académico.

Esta doble vía: **b1)** capacidad de las propias fuerzas políticas que luego acceden a gobernar y **b2)** capacidad de quienes se forman en el conocimiento y la academia para volcar su saber a la cuestión pública, las trato a continuación en una enumeración de características que no solo apuntan a describir como son cada una de las vías sino también cómo es la relación entre ambas.

- ✓ Los decisores políticos que ocupan los principales espacios del Estado, en términos generales, provienen de afinidades partidarias que suelen otorgarle a cada uno un imaginario identitario abstracto, pero en general esos partidos no brindan espacios de formación de cuadros. En consecuencia, la mayoría de los decisores llegan con una mochila que en el mejor de los casos tiene: **a)** ese imaginario identitario abstracto (*soy peronista, soy radical*); **b)** conocimiento profesional adquirido en forma individual (*soy médico, master en salud pública, etcétera*); **c)** prácticas aprendidas de obtención y reproducción de poder político; **d)** condiciones personales; y **d)** habitualmente deseo de ascender a otro lugar.
- ✓ El escaso o nulo valor que se le atribuye a la Administración Pública en general y la circunscripta a la salud pública en particular, dentro de la actividad política hace que la mayoría de los decisores políticos no haya problematizado las oportunidades y las dificultades que plantea la Administración burocrática y técnica; en consecuencia cuando llegan a los cargos suelen encontrarse con problemas desconocidos para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas.
- ✓ Los decisores ante sus nuevos desafíos suelen recurrir a técnicos externos, la mayoría de los cuáles no manifiesta experiencia política. En otros casos incluso el espacio técnico político suelen "alquilarse" a equipos versados en los temas. Es posible encontrar

ministerios cuyas autoridades alquilan lugares técnicos de gestión (cómo ya he referido en este mismo capítulo al desarrollar los desafíos planteados en el Seminario).

- ✓ La política argentina, casi sin excepciones, agenda el saber técnico y el conocimiento científico como una cuestión meramente instrumental y no como un tema político. Lo que por supuesto presenta graves problemas en la misma gestión.
- ✓ El técnico o científico de políticas públicas en general y de políticas de salud pública en particular y el dirigente político tienen pocos vasos comunicantes. Son dos campos distintos y persiste la ausencia de traductores entre estos dos mundos.
- ✓ A poco de andar en el Estado es fácil advertir un espacio plagado de dificultades pero también plagados de oportunidades. Nadie es un dirigente político cómo quiere, sino que lo es cómo el sendero de la actividad se lo permite. Mejor dicho: se es cómo se quiere siempre dentro de ese sendero, “pero si no se hace los deberes” no se llega. Y tampoco nadie es técnico en políticas de salud pública cómo quiere, se lo es de acuerdo a como son las líneas que se instruyen en los distintos espacios formativos.
- ✓ Estas constataciones objetivas representan la realidad del Estado nacional y de los principales centros urbanos de la Argentina, pero dejan afuera la enorme cantidad de municipios que se ubican por debajo de los 80000 habitantes que son alrededor de 2000 de los 2200 que tiene Argentina. En esos municipios (y cuando más chico más se agrava) ni siquiera se manifiesta el concepto o la problemática de política en salud pública. Al referirse a este tema generalmente se habla de algo que no forma parte del menú de esos decisores municipales.

Si se me otorga un viso de razón en la argumentación que desarrollé en los párrafos anteriores refiriendo a ciertas incapacidades del Estado, tanto en el plano político como en el técnico, es fácil coincidir en que levantar las banderas de la intersectorialidad resulta cuánto menos complejo. Es correcto, pero tiene una viabilidad muy incierta. Hay que admitirlo. Y sin intersectorialidad una política sanitaria con enfoque en Determinantes es más que difícil. Puede haber experiencias concretas en planos locales, pero de ahí a sustentar toda una política en ese enfoque de Determinantes es más que dificultoso.

Rasgos particulares de la gestión: diciembre 2007-junio 2009

Llegamos al gobierno de la mano de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner que ganó las elecciones en primera vuelta, en forma holgada y con un capital político acumulado por Néstor Kirchner, pero sin sufrir ningún desgaste ella en forma personal.

La elección de la Ministra Graciela Ocaña tuvo tres razones de ser:

- Su presencia se inscribía en la idea de transversalidad política que había lanzado Kirchner sobre todo en el año 2005. Esta idea se asentaba en la creencia que el peronismo solo no podía gobernar y que había que sumar gente no peronista pero afín al modelo de gobierno que se estaba lanzando.
- Hasta el momento de asumir como Ministra Ocaña tuvo al frente del PAMI y allí realizó una tarea con mucho reconocimiento público, dado que transparentó lo

que era conocido como una de los lugares de mayor corrupción sistémica de Argentina.

- La tercer razón de ser tiene nombre propio: Alberto Fernández, jefe de gabinete de ministros de Néstor Kirchner y también de Cristina Fernández de Kirchner al comienzo de la gestión. Fernández, principal impulsor de la transversalidad, fue el promotor y sostén de Ocaña en el Ministerio de Salud.

Es probable que haya otras razones, sin embargo las tres expuestas han sido motivos de tratamiento periodísticos y también de conocimiento en los pasillos de la política. Pero cabe una pregunta: ¿por qué expongo las razones que la hicieron a Ocaña Ministra? Porque considero que la gestión tenía una **legitimación de origen** no basada en componentes sanitarios sino de índole político. El desafío, en ese momento, era construir **legitimación sanitaria** gobernando el Ministerio de Salud de la Argentina.

Las notas de contexto en las que llegamos a la gestión pueden comprenderse en los siguientes párrafos.

- ✓ Veníamos a suceder a Ginés González García que resulta ser uno de los sanitaristas más renombrado que tiene la Argentina democrática. Había hecho una gestión durante 5 años al frente del Ministerio muy respetable para la opinión pública Argentina, muy considerada por los organismos internacionales y con cierta controversia al interior de la “familia sanitarista”. Mi opinión personal con la que llegué a la gestión era que la performance de Ginés González García había sido positiva. La relación entre González García y Ocaña no era buena.
- ✓ Llegamos a la gestión sin un conjunto de ideas relevantes e hilvanadas sobre qué hacer sanitariamente en Argentina. El equipo se fue conformando rápidamente¹⁸ pero a los 90 días de asumir explotó el principal conflicto que atravesó el gobierno nacional en los últimos 6 años: refiero al conflicto con las organizaciones representantes de los productores agropecuarios. Argentina durante largos meses solo habló de campo. No parecía haber espacio para otro tema en Argentina. El gobierno alcanzó los guarismos más bajos de opinión pública desde que asumió; la desconsideración popular respecto del gobierno nacional fue muy profunda.
- ✓ En gestión atravesamos dos momentos importantes y de altísima exposición del Ministerio: un brote de dengue en el otoño de 2009 y la irrupción de la gripe H1N1 (bien el nombre) con una cantidad de fallecidos importantes y con críticas importantes y persistentes acerca de la capacidades de respuesta que ofrecimos.

¿Era este un contexto favorable para implementar una política sanitaria con enfoque en Determinantes Sociales de la Salud? Por cierto que no y tampoco resultó un tiempo suficiente; apenas tuvimos en gestión 18 meses, parece demasiado poco para cambiar un enfoque general de la política sanitaria. Pero lo del tiempo es una limitante para cualquier gestión. La nuestra en particular no dio muestras de querer cambiar el enfoque de la política sanitaria y pasar a sustentarlo en un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud.

¹⁸ El resultado de las exposiciones hechas en el Seminario, al que refiero en páginas anteriores, muestra de parte del equipo de gestión de 2008 y 2009 un nivel de desarrollo conceptual avanzado e idóneo para estar al frente de la gestión sanitaria. En ese Seminario estaban presentes las 20 personas más importantes del Ministerio de Salud de ese momento, solo no estaba la Ministra. De los sanitaristas decisores del Ministerio estaban todos.

Esto quiere decir que además de las dificultades que he planteado a lo largo de todo el trabajo para implementar otro enfoque que sustente la política sanitaria de la Argentina, además de eso: tuvimos una debilidad de gestión importante que no permitió el planteamiento y la toma de posiciones sobre orientaciones generales. Sumado a eso habría que detectar todas las incapacidades personales para el ejercicio de estar al frente de la Secretaría de Determinantes. Pero, para no ser auto-referencial, solo puede decir que no hice más que la gestión en general.

Comentario final del tercer capítulo

En este capítulo he repasado las condiciones en qué se creó la Secretaría de Determinantes y Relaciones Sanitarias de la Argentina, el resultado de un Seminario interno que ordena caracterizaciones y desafíos para un enfoque de Determinantes en la política sanitaria nacional y finalmente he relatado aspectos de contexto político de los 18 meses de la gestión que permiten enmarcar a esta última en la escena que corresponde.

Capítulo IV

Conclusiones

Conclusiones

El presente trabajo tiene una estructura en la que me he permitido ir formulando conclusiones y afirmaciones de distinto grado de generalidad a lo largo de todo el desarrollo del informe. Solo trataré a continuación de reflejar las más notorias, pero el atento lector, seguramente advertirá que algunas de ellas, quizás con otras palabras, ya han sido desarrolladas en el cuerpo del informe.

- ✓ El enfoque de Determinantes Sociales de la Salud es apto para sustentar una política sanitaria nacional. Pero requiere de una decisión ideológica y política de la autoridades del Ministerio de Salud primero y del gobierno luego. Para ello es necesario debatir qué significa el enfoque porque no son pocas las veces que se confunde multicasualidad con Determinantes Sociales. Y como vimos en el primer apéndice considero que los Determinantes explican el proceso de salud-enfermedad de acuerdo a cómo se organiza la sociedad y cómo ésta construye su vida social. Los Determinantes Sociales de la salud son mucho más que factores de riesgo, aunque éstos pueden encontrar anclaje en Determinantes sociales.
- ✓ Los Determinantes sociales nunca serán un programa de gestión. Constituyen un telón de fondo sobre el que puede sustentarse una política sanitaria. Por cierto que pueden y deben presentarse experiencias/evidencias de gestión; pero siempre que esté definido el enfoque.
- ✓ Un error de estrategia conceptual es suponer que la definición de los Determinantes solo deba darse al interior de Salud Pública o de la “familia sanitaria”. Es necesario ampliar la frontera; incorporar a protagonistas de otras políticas públicas.
- ✓ La Salud es una política pública muy permeable al movimiento de las organizaciones internacionales, OMS por ejemplo. En consecuencia la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, su trabajo y sus resultados plasmados en recomendaciones constituyeron un impulso superlativo en la región de América del Sur para que los países tomaran decisiones de gestión. De todas maneras, este impulso no debiera ocultar avances propios en Determinantes de esos mismos países pero en épocas anteriores a la creación de la CDSS.
- ✓ La caracterización de la situación sanitaria argentina justifica un enfoque en Determinantes Sociales de la Salud. **Las características del Estado, de las fuerzas políticas y del propio Ministerio de Salud ofrecen más restricciones que posibilidades para ese enfoque.** Pero ofrece posibilidades. El liderazgo personal de las autoridades sanitarias está en el centro de la escena para favorecer el impulso de los Determinantes. Se puede hacer mucho pero también poco si no hay liderazgo político al respecto.
- ✓ **La Secretaría de Determinantes Sociales del Ministerio de Salud de la Nación no fue creada y nunca tuvo la finalidad de impulsar o liderar un nuevo enfoque a las políticas sanitarias.** Sin embargo tiene un rango institucional que, de mediar una decisión política al interior del Ministerio, podría ser un verdadero espacio institucional promotor de este enfoque. Pero quiero dejar expresado un alerta: **cuando más programas particulares acumule, menos podrá ejercer ese liderazgo temático, fuera y dentro, del Ministerio.** La

Secretaría tiene que ejercer liderazgo de concepto y ser un gran protagonista de la intersectorialidad.

- ✓ El contexto político argentino de los últimos 7 años presenta un escenario nacional de gran avance en materia de política social que parecieran estar sustentados en una concepción de determinantes sociales de la salud, ya que justamente interpelan a la propia organización del estado, de la sociedad civil y del mercado con implicancias directas para los ciudadanos individuales; pero al mismo tiempo nada de eso se hace desde la Secretaría de Determinantes pero tampoco desde el Consejo de Políticas Sociales, ámbito natural en que debería desenvolverse la Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud. Un gobierno puede avanzar (como de hecho avanza el gobierno argentino) en políticas inherentes a los Determinantes Sociales de la Salud sin un área específica. Esto es una constatación de cómo funciona el Estado argentino.
- ✓ Es un error analizar una dependencia sin sus determinantes inmediatos y mediatos de funcionamiento. El análisis de la Secretaría de Determinantes hay que analizarlo al interior de lo que significa el Estado argentino.

Bibliografía

- ✓ Arellano, O. L., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. Los Determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, Medicina Social, Ciudad de México. 2008.
- ✓ Akerman, Marco y otros. Elaboración de las nuevas agendas de salud a partir de los determinantes de la salud. Paho. Agosto de 2010.
- ✓ Báscolo, Ernesto. Yavich, Natalia. Gobernanza y efectividad de implementación del seguro público de salud en la provincia de Buenos Aires. Mimeo.
- ✓ Báscolo, Ernesto y otros. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cuaderno de Saúde pública. Río de Janeiro. Brasil. 2006.
- ✓ Bronfman, Mario. Como se vive se muere. Editorial lugar. 2001.
- ✓ Buss, Pablo. Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais, Physis: revista de saúde colectiva. Río de Janeiro. V. 17. Año 2007.
- ✓ Buss, Paulo. Tobar, Sebastián. Diplomacia en salud en América del Sur: el caso de UNASUR-Salud. Mimeo. 2009.
- ✓ Bustos Villar, Eduardo. Tobar, Sebastián. ¿Cómo abordar los Determinantes Sociales de la Salud en Argentina?. Revista Debates y Reseña del Instituto Nacional Juan Domingo Perón. Número 53. Abril de 2010.
- ✓ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Teses da CEBES: contribuição para o debate, Río de Janeiro, 2009. Se puede encontrar en <http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/DETERMINANTES20SOCIAIS_ok.pdf>.
- ✓ Cetrángolo, Oscar. Desafíos de la protección social que Argentina no pudo resolver. Mimeo. Julio de 2010.
- ✓ Cunnill Grau, n. La intersectorialidad en el gobierno y la gestión de la política social. Ponencia ante el X Congreso Internacional del CLAD. Santiago de Chile. 2005.
- ✓ Isuani, Aldo. Tres enfoques sobre el concepto de Estado. 2009. Mimeo.
- ✓ Marmor T.R, Barer M.L. y Evans R.G. Los Determinantes de la salud de una población: ¿Qué puede hacerse para mejorar el estado de salud de una nación democrática?. Editorial Lugar. 2001.
- ✓ Martínez Nogueira, Roberto. La coherencia y la coordinación de las políticas públicas. Aspectos conceptuales. Proyecto modernización del Estado argentino. Mimeo. 2008.

- ✓ Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo. EB115/35. 115ª reunión 25 de noviembre de 2004. Punto 9.4 del orden del día provisional. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud . Nota de la Secretaría.
- ✓ OMS. Comisión de Determinantes de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación. 2008
- ✓ OMS. Sitio en Internet. Documentos sobre la Comisión de Determinantes de la Salud.
- ✓ Organización panamericana de la Salud (OPS). 48º Comité Directivo <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-14a2-s.pdf>.
- ✓ Oszlak, O. Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Buenos Aires: CEDES. 1980.
- ✓ PNUD. Informe 2010.
- ✓ OPS/OMS en Chile. Salud en Sudamérica. Documento de trabajo enfocado en aspectos primarios de la Agenda Suramericana de salud. Mimeo. 2009.