

Activismo sanitario en Croacia. Volver a la salud popular generando nuevas formas de agencia colectiva

Snježana Ivčić; Aleksandar Džakula; Damir Martinović; Valerija Žapčić

Introducción

Este artículo se centra en un cambio paradigmático del acceso a la asistencia médica en Croacia. Históricamente, ha habido tres cambios, el primero se produjo a principios del siglo XX cuando el doctor Andrija Štampar introdujo la atención integral en la entonces Yugoslavia, invocando una transición del capitalismo a la medicina social, médico y fundador del sistema de salud público en esta zona, señaló en su texto de 1919: *Sobre la política sanitaria [O zdravstvenoj politici]*¹ la influencia negativa de la economía capitalista en la salud humana:

toda la economía nacional se gestiona y florece en detrimento de la salud del pueblo y nuestro presupuesto sanitario global es muy deficitario.

Štampar advirtió de otro hecho muy importante: que el capitalismo se reduce a la fuerza puramente física/corporal, que se considera mercancía y la salud de las personas no tiene ningún valor, sino que es simplemente un bien consumible:

En una economía capitalista el hombre proporciona algún valor económico, aunque

él mismo no tiene ningún valor económico; si no utiliza su fuerza de trabajo o la pierde, es como el aire y el agua.¹

En su documento de 1934: *Diez años de mejora de la salud pública [10 Godina Unapređivanja Narodnog Zdravlja]*, escribió que el Estado era responsable de la salud de los ciudadanos

... sólo el servicio de salud controlado por el Estado puede, en determinadas circunstancias, proporcionar una atención adecuada al pueblo.^{2:105}

Además, estaba convencido de que

todo el mundo debe comprometerse por igual con la cuestión de la salud pública, que afecta no sólo a la salud sino también al progreso de cada individuo. Sólo así puede convertirse en objeto de preocupación pública.^{2:109}

Los principios y el enfoque de Štampar sobre la atención en salud se aplicaron en la política de la antigua Yugoslavia (1945-1991). El sistema de salud yugoslavo se basaba en la solidaridad y en los principios de Andrija Štampar.³ Además, cabe destacar que la salud fue definida por la Ley de Protección de la Salud y del Seguro de Enfermedad (1980)⁴ y tratada como un bien público (aunque esto no se dijera explícitamente).

Los resultados del informe Lalonde (1974),⁵ la Carta de Alma Ata (OMS, 1978)⁶ y la Carta de Ottawa (OMS, 1986)⁷ complementaban en muchos aspectos el sistema de salud de Yugoslavia de la época,⁸ que consideraba a la salud de la población como un complejo informado por componentes biológicos, sociales y económicos.^{1,9,10}

Snježana Ivčić. PhD. Academia Croata de Ciencias y Artes, Correo-e: snjezana.ivcic@gmail.com

Aleksandar Džakula. Médico. Escuela de Salud Pública "Andrija Štampar".

Correo-e: adzakula@snz.hr

Damir Martinović. Médico. Departamento de Radiología, Hospital General de Zabok y Hospital de Veteranos Croatas.

Correo-e: dmartinovic.mef@gmail.com

Valerija Žapčić. Enfermera educadora. Asociación Karika, Correo-e: udruga.karika@gmail.com

El segundo cambio paradigmático se produjo en la década de los 80, siendo su primera señal la crisis del petróleo de 1973. De hecho, estos cambios comenzaron en los años 80, cuando la política neoliberal dominaba también las políticas en salud, especialmente en los países del sudeste de Europa,¹¹ y Croacia no fue una excepción.^{8,12} En Croacia, la privatización empezó a surgir en la década de 1980.¹³

Desde el punto de vista formal, el segundo cambio tuvo lugar a principios de los años 90, con la privatización del sistema de salud y la consiguiente sustitución de la economía social por la economía de libre mercado durante los 29 años siguientes.

El segundo cambio de paradigmas en Croacia fue introducido por un programa propuesto por Andrija Hebrang en 1994.¹⁴ No fue el primero en anunciar la privatización, pues ya había comenzado a finales de los años 80, pero redactó un programa para ello, abogando firmemente por la privatización de la atención primaria en salud en Croacia. Posteriormente, los ministros de salud y los expertos continuaron por el mismo camino, lo que ha provocado el deterioro actual del sistema.

El tercer cambio, que es el objeto de esta investigación, empezó a producirse muy recientemente, hace sólo unos años. Esta nueva transición desde el libre mercado y la comercialización y mercantilización del sistema hacia una asistencia universal/social e integral es muy interesante desde varios aspectos. Mientras que en la primera transición desempeñaron un papel importante una personalidad fuerte, como el Dr. Štampar, y el Estado social; en la segunda transición, fueron las instituciones internacionales (por ejemplo, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial) las que ejercieron una gran influencia en el nuevo Estado, la tercera transición, la más reciente, comenzó como un cambio ascendente al que contribuyó en gran medida la sociedad civil.

El tercer cambio paradigmático también ha estado marcado por la situación mundial, que contribuyó a replantear el sistema de salud croata y tuvo influencia en la agencia colectiva. Hay que tener en cuenta tres conceptos: la reorientación hacia la

atención primaria en salud (APS), definida en el capítulo de Alma Ata, la petición global de cobertura universal en salud (CUS) y la promoción de la atención en salud basada en el valor (SBV) definida por Michael Porter en 2010. Esta ola influyó sobre grupos de salud (como la Organización para la Iniciativa de los Trabajadores y la Democratización -OWID-, el grupo informal de estudiantes de medicina llamado formado en la Escuela de Salud Pública Andrija Štampar -U3- y la Asociación Karika).

Este documento tratará de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores han conducido a la aparición del tercer cambio paradigmático en el ámbito de la sociedad civil que se ocupa de la asistencia en salud y, más concretamente, a la transición desde un enfoque monopatológico hacia la asistencia integral en Croacia durante la última década? Además, este documento se centra en la diferencia entre las organizaciones tradicionales de la sociedad civil y las nuevas formas de agencia colectiva en el ámbito de la sanidad, tal y como se muestra en tres estudios de caso.

El primer estudio de caso se centra en el análisis de las políticas y del grupo activista creado por la OWID; el segundo se centra en el U3 con el objetivo de desarrollar el pensamiento crítico en salud; y el tercer estudio considera la Asociación Karika, creada como un intento de repensar la asistencia en salud en la comunidad.

Métodos

Los principales métodos de investigación fueron el análisis de trazado de procesos y la comparación de datos de investigación con el fin de mostrar los cambios de paradigmas y las diferencias entre las formas tradicionales y las nuevas de agencia colectiva en el ámbito de la asistencia en salud, además de las fuentes de información secundarias, como la literatura científica y profesional.

El rastreo de procesos es el método adecuado para los estudios de casos basados en datos cualitativos,^{18:823} como fue el caso de esta investigación. Para nuestros fines, se utilizó la definición de Collier de rastreo de procesos:^{18:824}

El rastreo de procesos es una herramienta analítica para realizar inferencias descriptivas y causales a partir de pruebas de diagnóstico, a menudo entendidas como parte de una secuencia temporal de eventos o fenómenos.

Collier sostiene que el rastreo de procesos

puede contribuir de forma decisiva tanto a la descripción de los fenómenos políticos y sociales como a la evaluación de las afirmaciones causales.

Bengtsson y Ruonavaara^{19:46} sostienen que, si el rastreo de procesos se entiende en un contexto más amplio,

se refiere a cualquier enfoque de investigación que se centra en el rastreo de procesos, es decir, que examina cómo se producen los diversos resultados sociales y políticos a partir de los acontecimientos que resultan de las acciones e interacciones de los actores y de diversos factores contextuales.

Según los dos autores,

una comprensión tan amplia del rastreo de procesos abarca tanto la comprobación formal de las hipótesis como los enfoques más narrativos.

George y Bennett (20, p. 6) definieron el rastreo de procesos como el uso de

historias, documentos de archivo, transcripciones de entrevistas y otras fuentes para ver si el proceso causal que una teoría hipotetiza o implica en un caso es de hecho evidente en la secuencia y los valores de las variables que intervienen en ese caso [ver anexo, Figura 1].

Para efectos de esta investigación se creó una línea de tiempo de los acontecimientos clave (Figura 1) a nivel internacional y nacional para ayudar a comprender los antecedentes de los cambios paradigmáticos mencionados. Según Ricks y Liu, la línea de tiempo tiene varios objetivos:^{21:4}

... ayuda a clarificar el proceso de pensamiento del investigador, en segundo lugar, establece una precedencia temporal. En tercer lugar, una línea de tiempo también proporciona lo que puede constituir una prueba de "validez aparente" para el argumento. En cuarto lugar, las líneas de

tiempo nos ayudan a identificar los principales acontecimientos que podrían haber configurado el resultado de los intereses.

Beach y Pedersen (22, p. 838) argumentan que

seleccionar casos que sean lo más representativos posible del resto de una población causalmente homogénea, nos permite inferir que el mecanismo que funcionó en los casos estudiados también debería estar presente en el resto de la población de casos causalmente similares.

Beach y Pedersen consideran que:^{22:840}

el rastreo de los mecanismos causales mediante métodos de estudio de casos en profundidad, como el rastreo de procesos, puede tener dos funciones que dan lugar a la selección de casos diferentes.

Este estudio utiliza el rastreo de procesos para comparar los tres estudios de casos cualitativos. El primer estudio de caso examina el análisis de políticas y el grupo activista iniciado por el OWID; el segundo se centra en el grupo informal de estudiantes de medicina llamado U3 formado en la Escuela de Salud Pública Andrija Štampar con el objetivo de desarrollar el pensamiento crítico; y el tercer estudio de caso considera la Asociación Karika, iniciada como un intento de repensar la atención sanitaria en la comunidad.

Resultados

I. Antecedentes y contexto situación del sistema sanitario en Croacia

La Figura 1 muestra una línea de tiempo de los principales acontecimientos que condujeron al inicio de un cambio de paradigma en Croacia. Los acontecimientos se dividieron en aquéllos que tuvieron lugar a nivel internacional y los específicos a Croacia. Una línea de tiempo de los últimos 100 años en el país muestra los factores que permitieron el cambio de paradigma y también cómo las cosas cambian perpetuamente.

Nos centramos en la tercera transición que comenzó en 2008 para mostrar la influencia de las nuevas formas de agencia colectiva en forma de activismo de la sociedad civil. El año 2008 es

significativo por varias razones en el contexto de la aparición de nuevas formas de agencia colectiva: el comienzo de la crisis económica, la nueva versión de la Ley de Asistencia Sanitaria y la tercera ola de activismo.

La primera parte de esta sección considera el contexto más amplio y las implicaciones de los factores sociales, económicos y políticos en Croacia para el sistema de salud en su conjunto. Algunos cambios políticos, económicos y sociales internacionales y nacionales ocurridos en los últimos diez años influyeron en algunos acontecimientos locales, por ejemplo (véase la Figura 1), en 2008 se aprobó una nueva versión de la Ley de Asistencia en Salud y, al mismo tiempo, se anunció otra reforma del sistema sanitario.²³ El año 2008 también fue significativo por otra crisis económica mundial que también afectó a Croacia. Se suprimieron muchas políticas sociales, incluidas las de salud, y se dio un nuevo impulso a la privatización y mercantilización de la sanidad. Además, la adhesión de Croacia a la UE en 2013 también repercutió sobre el sistema de salud, ya que era necesario aplicar algunos reglamentos y directivas de la UE (por ejemplo, el Reglamento 883/04 y la Directiva 2011/24/UE). A lo largo de los últimos 29 años se han aprobado numerosas reformas en salud, casi una cada año²⁴ y con cada reforma se privatizaba una parte del sistema o se hacía ineficaz.²³

La situación actual de la salud pública y del sistema de salud, en general, en Croacia, no es muy optimista según el informe Perfil de Salud en Croacia, 2019 (*State of Health in Croatia*).²⁵ El perfil ofrece una breve síntesis del estado del sistema de salud en el país, centrándose en los factores de riesgo y una relación del sistema. Por ejemplo:

el gasto en salud *per cápita*, de 1,272 euros, fue uno de los más bajos de la UE en 2017, donde la media fue de 2,884. Croacia dedica el 6.8 % de su PIB a la salud, frente a una media de la UE del 9.8%.

El informe identifica cuatro factores de riesgo principales: el tabaquismo, la obesidad, el

consumo excesivo de alcohol y la escasa actividad física.²⁵

El Cuadro 1 muestra la situación actual, según el informe mencionado. Los tres factores, es decir, los malos indicadores de salud pública, la elevada proporción del gasto en productos farmacéuticos y los esfuerzos de reforma con un éxito limitado, contribuyeron a la reciente crisis de salud pública.

Cuadro 1. Situación en Croacia en la última década (2008-2018)

SITUACIÓN ACTUAL	
1. Indicadores de salud pobres	Crisis de salud pública
2. Alta proporción de gasto en fármacos	
3. Reformas con poco éxito	

Fuente: OCDE, 2019:25.

El informe señala que Croacia

gasta una parte mucho mayor de su gasto sanitario en productos farmacéuticos y dispositivos médicos que muchos otros países de la UE, aunque en términos absolutos (296 euros por persona) está por debajo de la media de la UE. [...] En cambio, los fondos destinados a los cuidados de larga duración sólo representan el 3.1% del gasto sanitario en Croacia, mucho menos que la media de la UE, que es del 16.3%, lo que refleja el hecho de que los cuidados formales de larga duración siguen estando poco desarrollados y se prestan sobre todo en entornos institucionales.^{25:10}

Otras conclusiones clave del perfil son:

Croacia gastó el 6.8 % de su PIB en salud en 2017, mucho menos que la media de la UE del 9.8 %. [...] La atención primaria está fragmentada y parece estar infrautilizada en comparación con la atención hospitalaria y ambulatoria. Las largas listas de espera para la atención secundaria y terciaria son también un reto.^{25:22}

Además, numerosas reformas en salud han resultado infructuosas por lo que es necesario que el sistema sea más eficaz y se consolide para ofrecer, ante todo, una atención integral.

El Cuadro 2 muestra el panorama actual de la salud pública en Croacia. Hay cuatro tendencias principales; las dos primeras, que abarcan la prestación de asistencia y la crisis de la salud pública, condujeron a la mercantilización de la asistencia en salud, mientras que las dos restantes, denominadas "venta de la enfermedad" y participación ciudadana, contribuyeron conjuntamente a la aparición de una (nueva) agencia colectiva. Esta situación confusa y exigente requería una respuesta contundente que la (nueva) agencia colectiva supo aportar.

Cuadro 2. Tendencias sanitarias contemporáneas en Croacia y en el mundo

TENDENCIAS EN CROACIA	
1. Provisión de cuidado/servicio sanitario	Privatización de la salud
2. Crisis de salud pública	
3. Activismo sanitario / venta de la enfermedad	Agencia colectiva
4. Participación ciudadana	

Fuente: elaboración propia.

II. Antecedentes de la sociedad civil

En cuanto al desarrollo de la sociedad civil, hay que decir que, desde la década de 1990, hemos sido testigos de tres olas de activismo en el contexto de la paz: los derechos humanos, la igualdad de género y la justicia social.²⁹ Stubbs examinó el desarrollo del activismo civil a partir de 1991, centrándose sobre todo en los derechos humanos en el contexto de la Guerra Nacional (1991-1995) y en los derechos de las mujeres. Desde finales de la década de 1990 hasta finales de la década de 2000, la atención se centró en los diseños y la tecnocracia bajo la influencia de la UE.

La tercera oleada de activismo comenzó en 2008 y se:

diferenció en cuanto a los temas que estaban en el punto de mira, los discursos más politizados dentro de los cuales se discuten y, no menos importante, en las formas y procesos a través de los cuales se expresan.^{29:22}

Se caracterizó por diferentes acciones, por protestas masivas organizadas por las asociaciones y a las que asistió el público en general. Anteriormente, las protestas no se habían centrado en la salud, sino en el medio ambiente, los derechos de las mujeres y los sistemas urbanos. Los nuevos planteamientos tuvieron un gran impacto más adelante, centrados en la agencia colectiva en los sistemas salud.

Según el Registro de Asociaciones del Ministerio de Administraciones Públicas,³⁰ en 2020 hay 2.657 asociaciones en el ámbito de la sanidad en Croacia. Están agrupadas según el campo de especialización: cáncer, diabetes, VIH, actividades preventivas, enfermedades crónicas, enfermedades del corazón, derechos de los pacientes, etc. Al buscar en el Registro es casi imposible encontrar una asociación que se ocupe del sistema de salud en general, aunque algunas se encuadran dentro de los asuntos sociales.

La tercera ola de activismo comenzó a surgir en 2008 en Croacia, según Stubbs.²⁹ Esta oleada trajo también algunos enfoques nuevos para las organizaciones de la sociedad civil en el ámbito de la asistencia en salud, para entonces centrados sobre todo en un enfoque de una sola enfermedad y no sobre el sistema de salud, en general. Los nuevos enfoques incluyen discursos más politizados y redes entre la comunidad académica con la local y la sociedad civil. En esta investigación se utilizaron tres enfoques como base para la demostración de la agencia colectiva: la comunidad académica, la comunidad local y la perspectiva de la sociedad civil. Se ilustran con tres estudios de caso: OWID, U3 y Karika. Nos centramos aquí en las nuevas formas de agencia colectiva que tuvieron un impacto considerable en el inicio del cambio paradigmático.

El primer estudio de caso representa el enfoque/perspectiva de la sociedad civil, encarnado en el grupo de investigación en salud establecido en 2015 como parte de la OWID, que se creó originalmente en 2012³¹ con el objetivo de

influir en el sistema de salud, en general, promover la sanidad como un aspecto importante de los derechos sociales, investigar las reformas en salud y el acceso a cuidados, investigar su mercantilización, trabajo en la protección de la salud pública y establecer una relación con los trabajadores de salud y sus asociaciones. El campo de especialización del grupo abarca la atención primaria en salud, la comercialización del sistema, el papel de los sindicatos y la política de la UE. Sus principales actividades son la organización de talleres, la redacción de artículos, la realización de análisis políticos y la investigación.³² La OWID está formalmente inscrita en el Registro de Asociaciones del Ministerio de Administraciones Públicas, tiene una estructura de gestión horizontal y varios empleados, pero sólo uno se ocupa de la asistencia en salud, los demás miembros del grupo son voluntarios. La OWID no suele estar financiado por la industria farmacéutica, ni por ninguna otra industria u organización que atente contra los derechos humanos.

El segundo caso de estudio, representado por la comunidad académica, es el grupo informal U3, creado en 2015. La idea detrás de la U3 es servir como una revista o club académico, como una plataforma para la discusión de nuevos fenómenos (médicos, políticos, sociales), reseñas de libros y artículos, un lugar para el pensamiento crítico y la promoción de la *parresia*.³³ Se trata de un grupo en el que se reúnen estudiantes de medicina, médicos nuevos, profesores y profesionales de la salud pública para debatir sobre la actualidad del sector. La U3 es una forma de organización que no está estrictamente definida por un lugar. Celebra reuniones semanales en la Escuela de Salud Pública Andrija Štampar, pero también participa en los debates organizados por otras organizaciones por toda Croacia. La U3 se basa en fundamentos académicos y reúne a profesores, estudiantes y asociados. El grupo se caracteriza por una estructura horizontal, con uno o dos coordinadores y sin empleados. Se financia con donaciones. Las principales actividades del grupo son reuniones del club de revistas, debates y cooperación con otras organizaciones de la sociedad civil. Sus campos de especialización son la salud pública, la sociedad civil, la psicología económica, el liderazgo y la gestión de los

servicios sanitarios, los derechos humanos y la ética.

El tercer estudio de caso es la asociación llamada Asociación para la Mejora de la Calidad de Vida Karika (*Udruga za unapređenje kvalitete života Karika*), creada en 2017 en Karlovac. Karika es local, centrada en la promoción de la salud en la comunidad local.³⁴ Se centra en tres grandes áreas: protección de la salud, cuestiones sociales, así como educación, ciencia e investigación. Las principales actividades de la organización incluyen la organización de conferencias y talleres para niños y padres con el fin de fomentar la paternidad, para personas que quieren adoptar niños mayores y para personas con discapacidades, así como la organización del Festival de la Salud del Condado de Karlovac (*Festival zdravlja Karlovačke županije*).³⁵ Karika es una asociación formal inscrita en el Registro de Asociaciones del Ministerio de Administración Pública, se financia a través de las cuotas de sus miembros, donaciones, patrocinios y financiación de proyectos. Ocasionalmente colabora con la industria farmacéutica, pero esta colaboración se limita a algunos eventos específicos y no hay influencia de la industria farmacéutica en el trabajo o las actividades generales de la asociación.

Tabla 3. Tres estudios de caso

Organización	Descripción	Enfoque
OWID	<ul style="list-style-type: none"> ● Analysis de políticas y activismo ● Enfoque en salud y derechos laborales ● Perspectiva ciudadana ● Organización de bases 	Atención universal a la salud, PHM
U3	<ul style="list-style-type: none"> ● Parrhesia ● Enfoque innovador ● Sesgos informativos ● Falta de evaluación ● Falta de transmisión de conocimientos ● Contexto académico 	VBHC

KARIKA	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque multisectorial • Participación ciudadana • Sociedad civil • Redes horizontales • Redes comunitarias 	PHM, Atención universal a la salud
---------------	---	---------------------------------------

Fuente: elaboración propia.

El Cuadro 3 muestra las similitudes y diferencias entre los tres estudios de caso. Estas asociaciones participan en diferentes formas de activismo ciudadano y utilizan diferentes enfoques. Sus miembros no son sólo pacientes, sino también ciudadanos interesados en el sistema de salud en general. De hecho, una característica que todas comparten es la participación ciudadana. Además, las asociaciones no se centran en una sola enfermedad, sino que trabajan para que el análisis y las actividades estén al alcance de todos.

Todos estos enfoques influyeron y contribuyeron, de alguna manera, a (re)pensar el sistema de salud croata y la política en salud en términos de la agencia colectiva. Por ejemplo, el grupo de salud de la OWID está bajo la fuerte influencia de Andrija Štampar, la APS y la UHC, hasta cierto punto. La U3 es algo diferente porque, en su trabajo, también tiene en cuenta la APVB. Las actividades de Karika también están bajo la influencia de Andrija Štampar. Juntos han contribuido a crear una nueva fuerza que es capaz de abogar por una progresión desde el enfoque sobre una sola enfermedad hacia una atención en salud integral en Croacia.

Discusión

En esta investigación se utilizaron tres enfoques/perspectivas como demostración de la nueva agencia colectiva: la comunidad académica, la comunidad local y el enfoque/perspectiva de la sociedad civil. Estas tres perspectivas se ilustran con tres estudios de caso: OWID, U3 y Karika.

Las organizaciones tradicionales de la sociedad civil en el ámbito de la salud solían caracterizarse por un conjunto reducido de actividades, con estructuras verticales, y solían centrarse en un enfoque de una sola enfermedad y, muy a menudo,

en la colaboración con la industria farmacéutica. Además, centrarse en una sola enfermedad ayuda a la industria farmacéutica a promover medicamentos para males específicos y a persuadir a los (enfermos) y a sus familias para que aboguen por la financiación nacional de los medicamentos. Además, abogar por un sólo grupo de pacientes y poner el énfasis sobre los problemas asociados a una sola enfermedad implica la exclusión de todos los demás ciudadanos con otros tipos de problemas de salud. Todos estos enfoques han influido y ayudado de alguna manera a (re)pensar el sistema sanitario croata y la política sanitaria en términos de agencia colectiva.

Los resultados muestran que las nuevas formas de agencia colectiva en el ámbito sanitario incluyeron a varios grupos de ciudadanos no necesariamente relacionados con una enfermedad específica, que tenían estructuras horizontales, que se centraban en el sistema sanitario en general (y que eran en su mayoría independientes de la influencia farmacéutica). Tres estudios de caso y sus diferentes enfoques, que incluyen la comunidad académica (U3), la comunidad local (Asociación Karika) y la perspectiva de la sociedad civil (grupo de OWID para la salud), demuestran que es posible empezar a repensar el sistema de salud croata. La nueva agencia colectiva incluye a ciudadanos activos (no necesariamente pacientes), independientemente de que sean miembros de la sociedad civil formal o informal, y destaca la importancia de que sean conscientes del significado de un sistema sanitario accesible y solidario.

Sin embargo, también hay que tener en cuenta ciertas limitaciones, ya que nada es perfecto ni autosuficiente. Los tres grupos se enfrentan a problemas de financiamiento, dependen en gran medida de voluntarios y personas entusiastas, la falta de recursos financieros y humanos provoca problemas de continuidad.

El cambio paradigmático supuso una progresión desde un enfoque mono patológico hacia pugnar por una atención integral en un momento en el que empezaron a producirse cambios en el entorno político, económico y social (Figura 1) a partir de 2008 en Croacia. La aparición de nuevas formas de agencia colectiva en el ámbito en salud en la

última década permitió el inicio de un cambio paradigmático.

Conclusión

Este trabajo explora los impactos de los tiempos cambiantes en las formas que adopta el activismo en salud pública en Croacia, con atención específica a los cambios políticos, económicos y sociales que han caracterizado la última década. En esta investigación se eligieron una serie de acontecimientos específicos que condujeron a la situación actual y se analizaron los pasos clave del proceso, que finalmente permitieron hacer visibles los cambios y las secuencias.

El tercer cambio paradigmático sigue siendo un proceso en curso y, por tanto, aún no se pueden sacar conclusiones definitivas. Algunos acontecimientos (Figura 1) muestran que los cambios de paradigmas políticos permitieron explorar otras posibilidades. Con la ayuda de la agencia colectiva, el enfoque se ha ido desplazando lentamente hacia el sistema sanitario en general.

Centrarse en una sola enfermedad tiene algunas limitaciones, lo que da lugar a un enfoque restrictivo del sistema de salud. Defender a un grupo de pacientes y destacar los problemas de una sola enfermedad en particular implica la exclusión de todos los demás ciudadanos con otros tipos de problemas de salud o enfermedades. Además, esta situación ayuda a la industria farmacéutica a promover medicamentos para enfermedades específicas y a persuadir a los (enfermos) y a sus familias para que aboguen por la financiación nacional de los medicamentos. Por otro lado, un enfoque sanitario integral tiende a crear un sistema que promueve la participación y la inclusión en una batalla continua por un sistema sanitario accesible y solidario.

El trabajo y los esfuerzos de OWID, U3 y Karika deben continuar para lograr cambios. Sin una acción y reacción continuas, los recortes sociales en el ámbito de la sanidad continuarán. La situación en Croacia puede mejorar aún más y hay grupos y agencias colectivas que pueden propulsar un cambio hacia una atención en salud más social e integral que tenga el potencial de hacer frente al

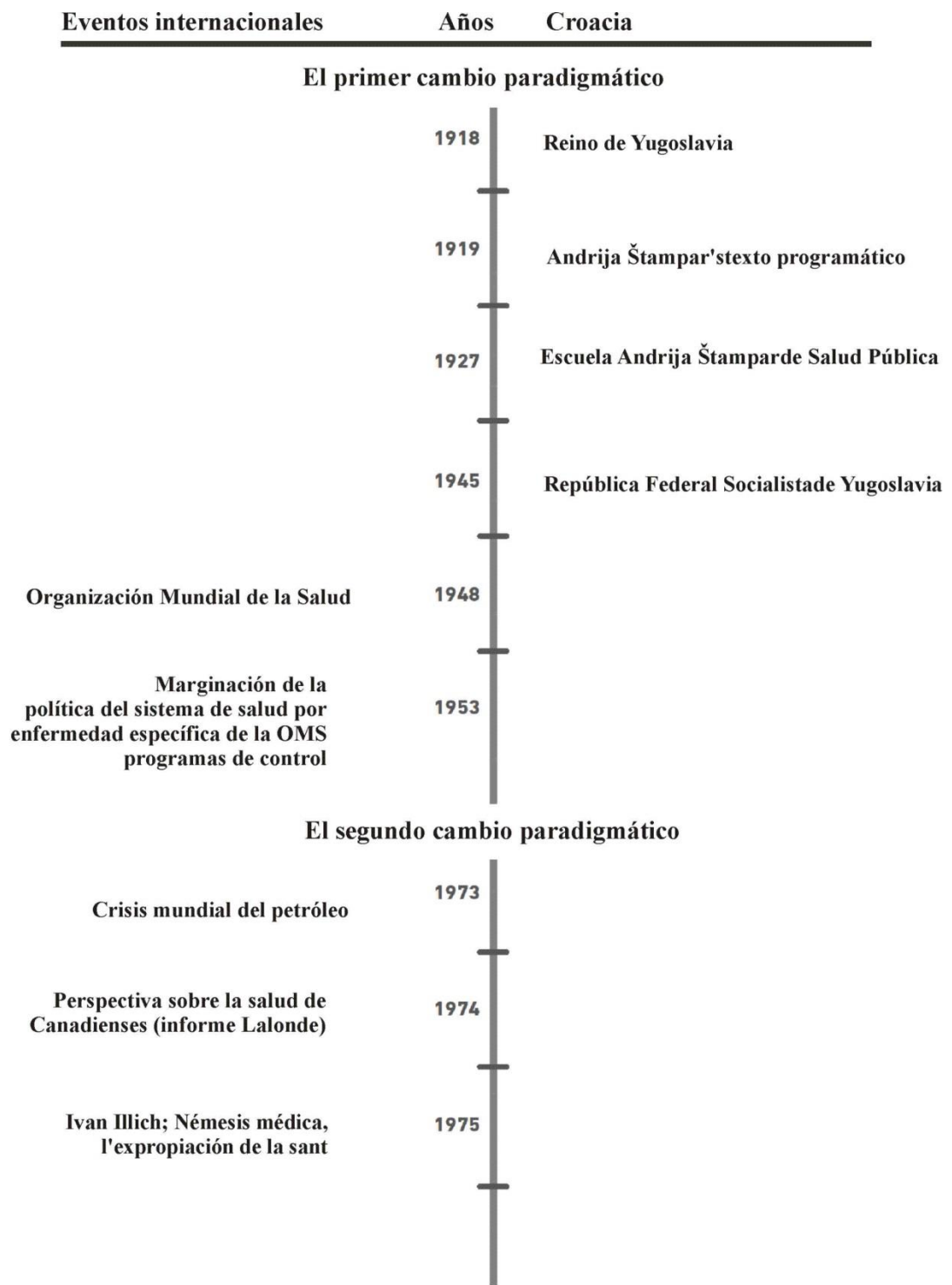
creciente problema de la comercialización, la mercantilización y las desigualdades en los actuales sistemas sanitarios.

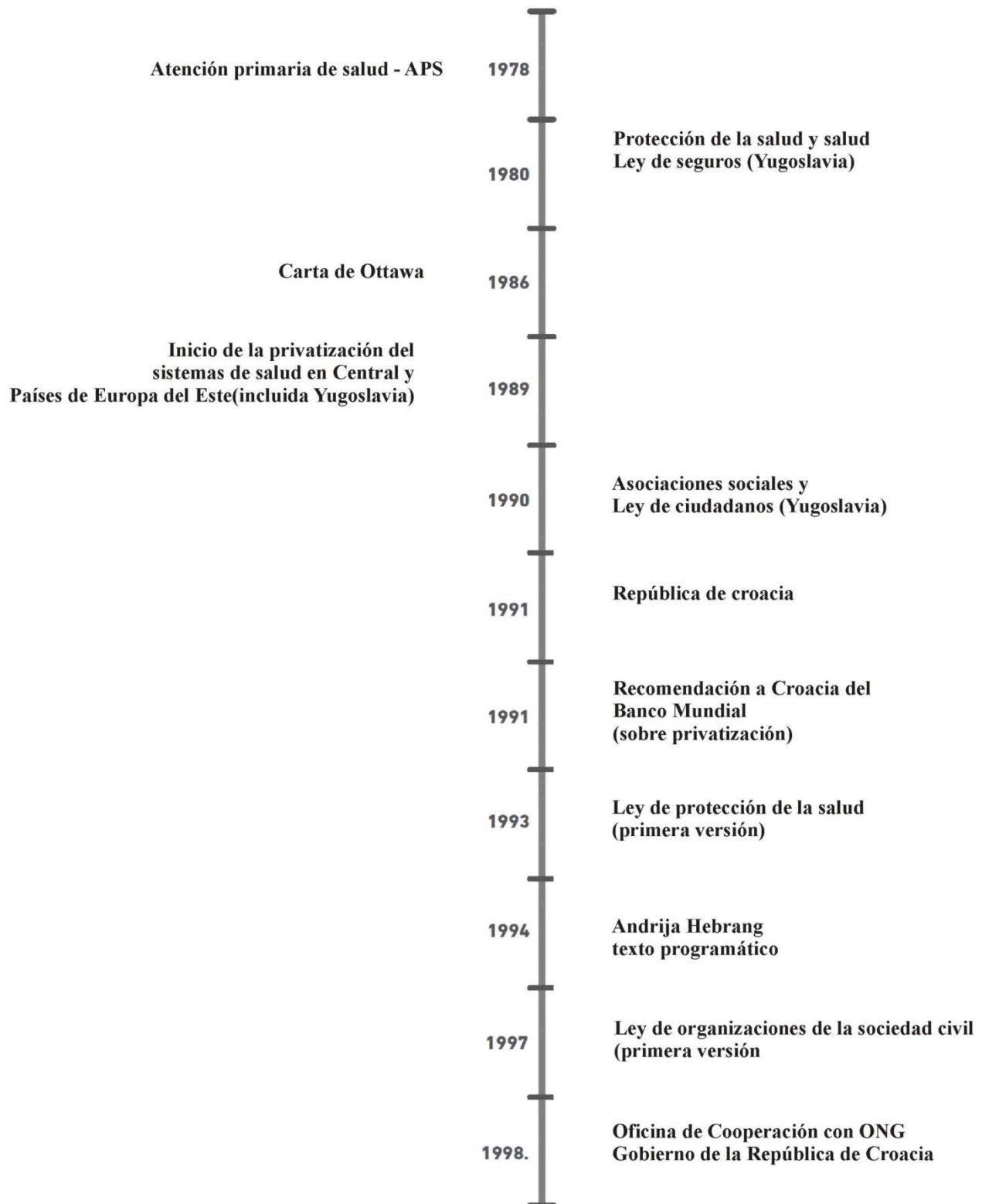
Referencias

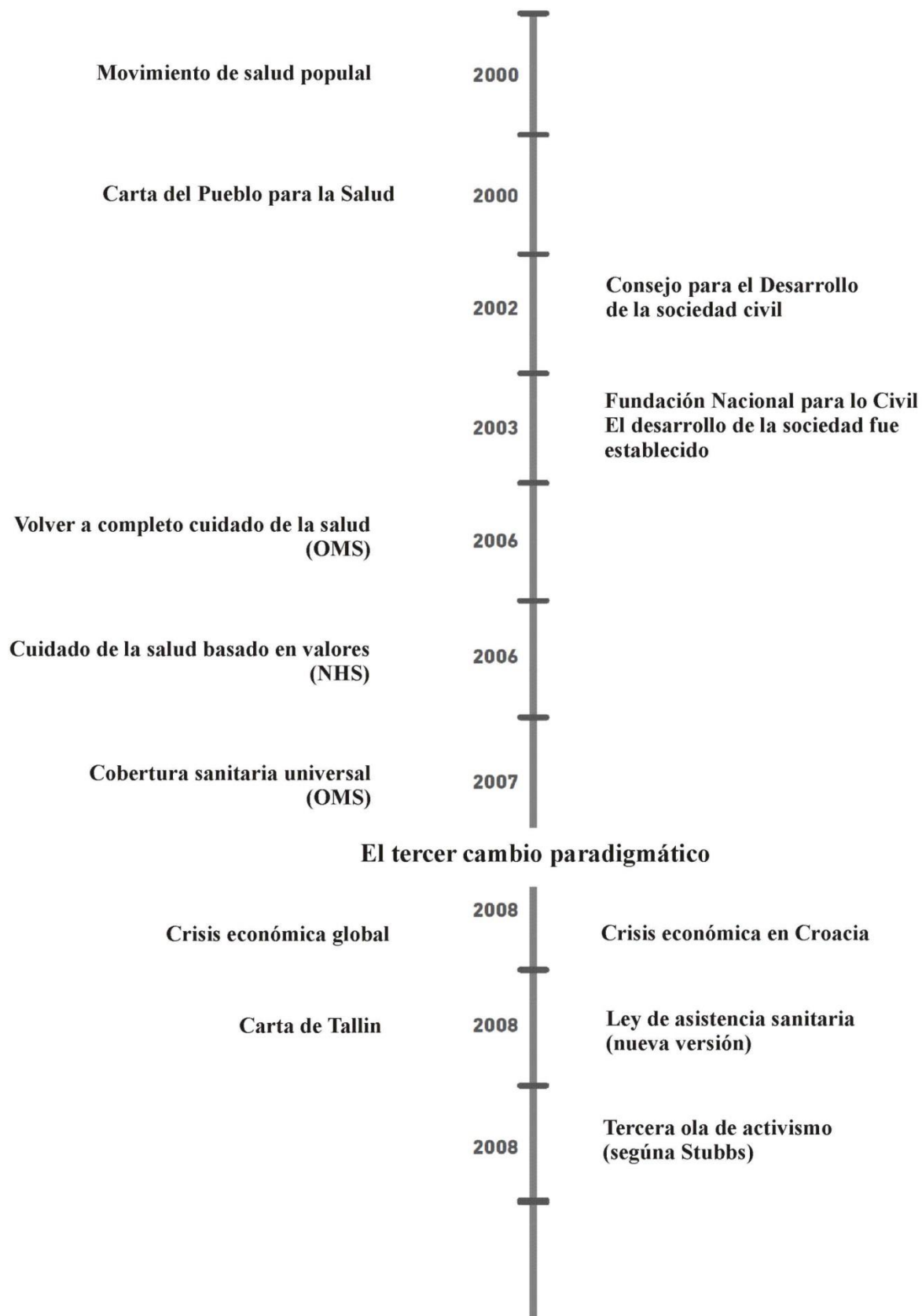
1. Štampar, A. O zdravstvenoj politici [On Health Policy]. *Jugoslavenska njiva*. 1919;29-31: 1-29.
2. Štampar A. Deset godina unapređivanja narodnog zdravlja [Ten Years of Improving Public Health]. 1994. In Kesić B, editor. *Izabrani članci Andrije Štampara [Andrija Štampar Selected Articles]*. Zagreb: Izdavački zavod Jugoslavenske akademije, Tiskara; 1966: p.102-117.
3. Džakula A, Tripalo R, Vočanec D, Radin D, Lončarek K. Are Andrija Štampar's principles gone – forever and ever? *Croat Med J*. 2017;58(5): 372-376.
4. Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju [Health Protection and Health Insurance Act], Official Gazette 10/294, 1980.
5. Lalonde, MA. *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974..
6. World Health Organization, Declaration of Alma Ata, 1978.
7. World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
8. Ivčić S, Vračar A, Weygand L. Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj od samoupravljanja do tranzicije: korijeni ideja privatizacije [Primary healthcare in Croatia from self-management to transition: the roots of privatisation concepts]. 2017. In Bonfiglioli C, Koroman, B editors, *Socijalizam: izgradnja i razgradnja Zbornik odabranih radova s Drugog međunarodnog znanstvenog skupa Socijalizam na klupi. Socijalizam: Izgradnja i razgradnja*, Pula, 1-3 October 2015. Pula-Zagreb: Srednja Europa; 2017. p 99-128.
9. Kesić B. Principi i organizacija zdravstvene zaštite [Principles and Organization of Health Care]. *JAZU and Stvarnost*; 1983.
10. Popović B, Letica S, Škrbić M, editors. *Zdravstvo u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj. Razvoj – Stanje – Perspektive. Zdravlje i zdravstvena zaštita. [HealthCare System in the Republic of Croatia. Development – Current situation –Perspectives. Health and Health Protection]*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada; 1981.
11. Nemeč J, Kolisnichenko N. *Market-based health care reforms in Central and Eastern Europe: lessons after ten years of change*. SAGE Publications

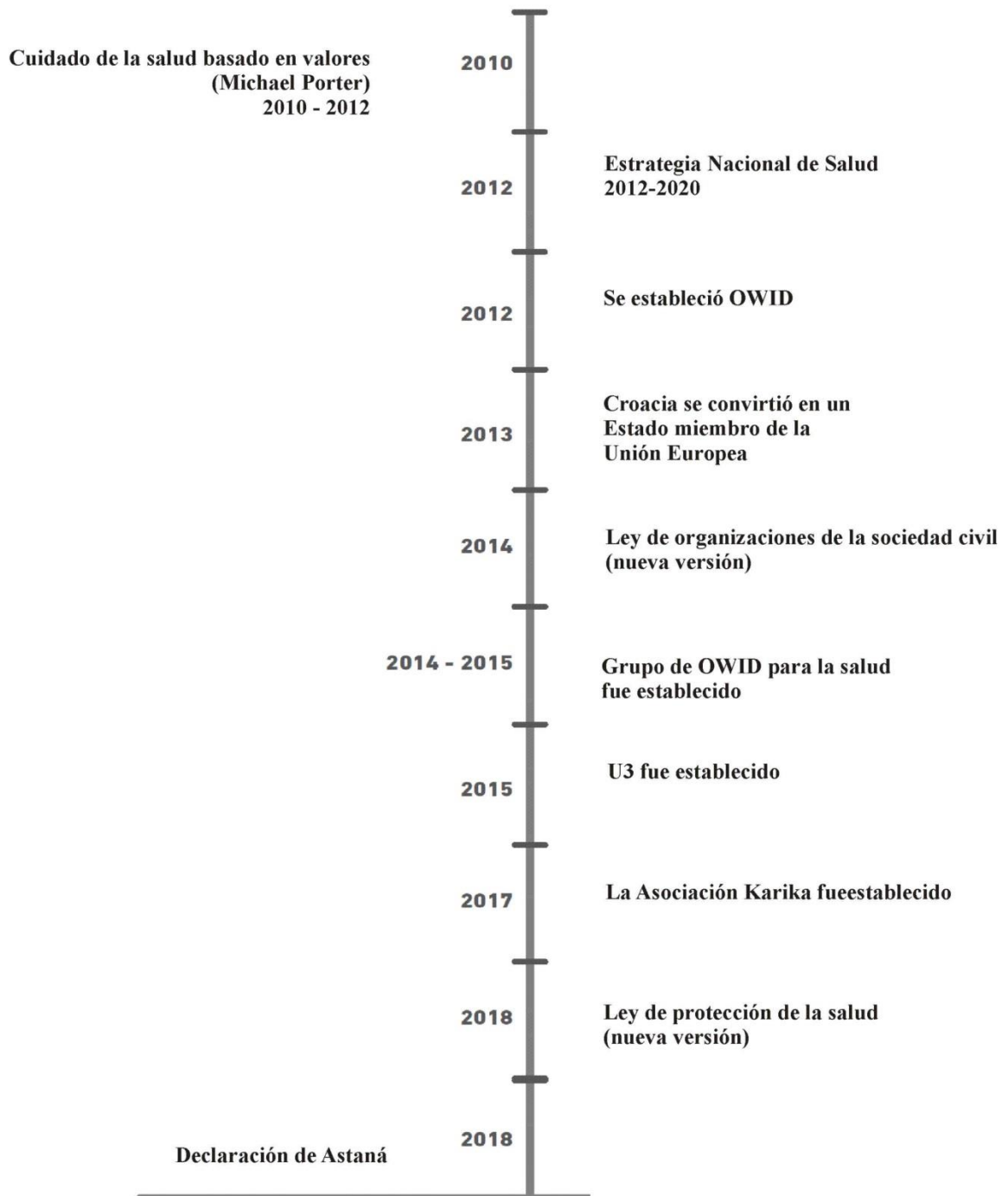
- (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi. 2006;72(1):45-52.
12. Džakula A, Orešković S, Brborović O, Vončina L. Decentralization and Healthcare Reform in Croatia 1980-2002. In Shakarishvili G, editor. *Decentralization in Healthcare – Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*. Budapest: Open Society Institute; 2005. p. 133-91.
 13. Letica S. *Kriza i zdravstvo [Crisis and Health]*. Zagreb: Stvarnost; 1984.
 14. Hebrang A. Reorganization of the Croatian HealthCare System, *Croat Med J*. 1994;35(3):130-136.
 15. People's Health Movement, Medact, Third World Network, Health Poverty Action, Medico International & ALAMES. *Universal Health Coverage: Only About Financial Protection?* In *Global Health Watch 5 - An Alternative World Health Report*. London, UK: Zed Books Ltd.; 2017. p. 73-96.
 16. European Commission Expert panel on effective ways of investing in health EXPH. *Opinion on Defining value in "value-based healthcare"*. Brussels: European Commission; 2019. [cited 2020 Feb 15]. Available from: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expert_panel/files/024_valuebasedhealthcare_en.pdf
 17. Porter ME. What is Value in Health Care. *N Engl J Med*. 2010 Dec;247:2477-2481.
 18. Collier D. Understanding Process Tracing, *Political Science and Politics*. 2011;44(4):823-30.
 19. Bengtsson B, Ruonavaara H. Comparative Process Tracing: Making Historical Comparison Structured and Focused. *Philosophy of the Social Sciences*. 2017;47(1):44-66.
 20. George AL, Bennett A. *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, MA: MIT Press; 2005.
 21. Ricks J, Liu AH. Process-Tracing Research Designs: A Practical Guide. *PS Polit Sci Polit*. 2018;51(4):842-6.
 22. Beach D, Pedersen RB. Selecting Appropriate Cases When Tracing Causal Mechanisms. *Sociol Methods Res*. 2018;47(4):837-871.
 23. Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K, Sekelj-Kauzlarić K. (2014). Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014;16(3):1-162. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf
 24. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske [Ministry of Health of the Republic of Croatia]. Zagreb: 2020. [cited 2020 Feb 15]. Available from: <https://zdravlje.gov.hr/>
 25. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Croatia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels; 2019.
 26. Tiner R. The pharmaceutical industry and disease mongering. The industry works to develop drugs, not diseases. *BMJ*. 2002;325:7357. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123728/>
 27. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324:886. Available from: <https://www.bmj.com/content/324/7342/886.1>, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886> (Published 13 April 2002)
 28. Moynihan R. Health Action International. 2012. [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://haiweb.org/encyclopaedia/disease-mongering/>
 29. Stubbs P. Networks, organisations, movements: Narratives and shapes of three waves of activism in Croatia. *Polemos*. 2012;15(2):11-32.
 30. Ministarstvo pravosuđa i uprave Republike Hrvatske. Registar udruga. [Ministry of Justice of the Republic of Croatia. Register of Associations] [Internet]. [cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://registri.uprava.hr/#!udruga>
 31. Baza za radničku inicijativu i demokratizaciju [Organization for Workers' Initiative and Democratization] [Internet]. Zagreb: 2020. [cited 2020 Feb 1]. Available from: <https://brid.coop/>
 32. Web site Radnička prava [Workers' Rights] [Internet]. Zagreb: 2020. [cited 2020 Feb 1]. Available from: <http://radnickaprava.org/>
 33. Handanagić S. Javno zdravstveni sastanci utorkom U3. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2016 Jan;12(45). Available from: <file:///C:/Users/Snjezana/Downloads/1577-8523-1-PB.pdf>
 34. Udruga Karika [Karika Association] [Internet]. Karlovac: 2020. [cited 2020 Jan 26]. Available from: <http://udruga-karika.hr/o-nama/>
 35. Festival zdravlja Karlovačke županije [Karlovac County Health Festival] [Internet]. Karlovac: 2020. [cited 2020 Jan 26]. Available from: <http://festival-zdravlja-karlovac.info/>

Figura 1. Cronología de los acontecimientos clave en el período de 1918 a 2018









Recibido: 29 de mayo de 2020.
Aceptado: 18 de septiembre de 2020.
Conflicto de intereses: ninguno.

