



VI Jornadas de Atención Primaria de la Salud y III de Medicina Social

Tomo 1
El Sistema de Salud

GRUPO EDITOR:

Hugo Spinelli, Alejandro Wilner, Marcio Alazraqui,
Carmen Ferrer, Ana Diez Roux, Paola Vaccaro,
Ana Tarlovsky, Daniel Arretche.

FECHA DE REALIZACION:

19 al 25 de Julio de 1992

**VI JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
III DE MEDICINA SOCIAL**

19 al 25 de Julio de 1992

**SALUD, CRISIS Y POBREZA
EN EL MARCO DE LAS POLITICAS DE AJUSTE
PROBLEMAS Y ABORDAJES EN EL ESCENARIO
DE LO COTIDANO**

DESGRABACION DE LAS ACTIVIDADES

GRUPO EDITOR:

**Spinelli, Hugo; Wilner, Alejandro; Alazraqui, Marcio; Ferrer, Carmen; Diez
Roux, Ana; Vaccaro, Paola; Tarlovsky, Ana; Arretche, Daniel**

Nuestro agradecimiento a todas las instituciones que hicieron de muy distintas formas posible estas Jornadas y una especial consideración a la Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias y a la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires que permitieron a través de su aporte desinteresado que esta publicación pudiera concretarse.

Se autoriza la reproducción parcial de los contenidos de esta publicación, citando la fuente y enviando la copia respectiva a las entidades organizadoras y a Casilla de Correo 466. Suc. 12. Pueyrredón 135. CP 1118. Buenos Aires. República Argentina.

PROLOGO

Me he sentido complacido al recibir, en enero de este año, la invitación de los compañeros de la Comisión Organizadora de las Jornadas, para escribir el prólogo del libro de las jornadas de 1992. "Para que Ud. jerarquice los anales de las jornadas" decía la carta. Pero hay una dificultad: aunque he participado plenamente del evento, he asistido directamente a sólo una pequeña parte de las jornadas y por no tener a la vista todo lo actuado no estoy en condiciones de "jerarquizarlas".

Me limitaré, sin embargo, a hacer algunos comentarios y a agregar algunas consideraciones generales.

La riqueza y la complejidad de las jornadas testimonia que el "Movimiento por la Salud" en Argentina está convirtiéndose junto al del Brasil en uno de los ejes más avanzados de América Latina.

Yo ya había conocido en otros países, donde se "encontraban" por motivos de la dictadura, a algunos de los precursores de este movimiento, como por ejemplo a José Carlos Escudero y a Hugo Mercer, Master en Medicina Social de la UAM, Xochimilco en México, a Mario Testa en la Universidad de Caracas, a Mario Epelman en el Ministerio del Trabajo en Managua. Ellos trabajaban intensamente para crear las bases culturales y para formar los cuadros intelectuales de la Medicina Social en América Latina.

Cuando en 1986 fui invitado a dar una serie de conferencias en la Argentina por Horacio Barri, primero en Córdoba, luego en Salta y en Buenos Aires, encontré a viejos amigos (;que es diferente a decir amigos viejos!). Vi cuantas dificultades debían enfrentar para reinsertarse en la vida académica y profesional, y tuve algunos temores inconfesados de que todo ese valioso trabajo peligrase por falta de continuidad y sostén.

Las jornadas en las cuales he participado han alejado esos temores. En la amplia articulación de los temas he reconocido el hilo conductor: a partir de la atención médica primaria la relación entre el derecho a la salud de los ciudadanos y el deber de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, psicólogos, so-

ciólogos, odontólogos, biólogos y otros), de contribuir a realizarlo.

Durante el tumultuoso desarrollo de las jornadas (mucho tiempo había transcurrido desde mi otra visita a la Argentina, tumultuosa también pero por razones muy diferentes: la fecha coincidió de hecho con el Mundial de Fútbol. Asistí al partido final en un restaurante de Salta, y esa misma noche llegué en avión a Buenos Aires, donde paré, pero no dormí, en el Hotel República, ubicado en el centro de la ciudad, ya que las manifestaciones de júbilo por la victoria me lo impidieron), repito entonces, en las jornadas tuve el deseo de saber, de confrontar ideas, de conocer a otras personas con mis mismas inquietudes.

Pero la impresión más viva que recibí fue la de comprobar la juventud de gran parte de los participantes. Garantía (esta última), de la continuidad del Movimiento de la Medicina Social, la que se ha fortalecido en casi todos los países de América Latina a partir de los años setenta.

Sin embargo, en el encuentro promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del que participaron los mismos protagonistas, se llegó a la conclusión de que este "movimiento ha tenido gran influencia intelectual pero escasos efectos prácticos". Creo que este juicio, si bien es severo, contiene no obstante un fondo de verdad.

A pesar de esto paso a explicar el porqué de mi exaltación ante la presencia de tantos asistentes jóvenes a las jornadas. Porque y sobre todo, esa presencia significa una promesa de renovación de ideas, métodos y acciones. Esto siempre es necesario, pero sobre todo ahora, en este período de rapidísimos cambios. Por esto es difícil predecir la dirección y valorar las consecuencias en el campo de la salud.

¿Puede ayudarse quizá con un reclamo al pasado? Cuando en el futuro se mire la sucesión de actos sanitarios de este siglo, probablemente se podrá constatar:

- 1) Que no hubo nunca en la historia de la humanidad un tan rápido y vasto progreso en las condiciones de salud de los pueblos.
- 2) Que no obstante esto, no existió jamás una prescindencia tan grande entre la posibilidad de la ciencia y la persistencia de las enfermedades prevenibles y curables.
- 3) Que en este siglo y por primera vez se ha confirmado en las leyes y en las conciencias, el concepto del *derecho a la salud* de todos los ciudadanos.
- 4) Que a pesar de todo esto, es todavía negado a la mayoría de los seres humanos.

Sobre la base de una evaluación optimista y un poco aventurada de la situación (el mismo error que en los años cincuenta, la empujaron a promover la desastrosa campaña de *Erradicación de la Malaria*), la Organización Mundial de la Salud, ha lanzado en los años setenta el proyecto de "*Salud para todos en el año 2000*".

En realidad, cuanto más se acerca dicho plazo, tanto más esta noble intención parece irrealizable por múltiples motivos. Uno de ellos es: que perduran y en muchos casos se acrecientan las desigualdades sociales, ya sean aquellas entre países o grupos de países, o las que hacen a la conformación de cada Nación, aun en las más ricas. En estas últimas, el desarrollo más o menos generalizado de los servicios sanitarios ha alcanzado sólo en parte a compensar la acción de otros factores mórbidos.

Otro motivo, típico de esta última parte del siglo y que ha prevalecido tanto en la vida política como en la cultural, es el *fundamentalismo monetarista* que no es menos peligroso para la vida y los derechos humanos al del fundamentalismo religioso, étnico o ideológico.

Una de las cosas que más me ha sorprendido en América Latina en el último decenio, ha sido el ver que las decisiones que atañen al servicio sanitario vienen regidas, cada vez más frecuentemente, por el Banco Mundial que por las exigencias de salud de la población. La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de casi todos los países han levantado la bandera blanca delante de sus decisiones.

Un último motivo, es la mutación del cuadro nosológico de la población. Nosotros, como epidemiólogos, hemos dicho y enseñado durante muchos años que la mutación fundamental consistía en la transición de las enfermedades de carácter infeccioso a enfermedades de carácter degenerativo. Por lo menos hay algo de verdad en este análisis, ya sea por el progreso habido en la profilaxis y en la terapia de las infecciones y por el hecho de la prolongación en el promedio de vida (fenómeno casi universal), ha aumentado el número de personas ancianas, propensas éstas a enfermedades degenerativas.

Pero hemos sido llamados bruscamente a la realidad por la explosión de una enfermedad infecciosa nueva como el SIDA y también por el renacimiento y agravamiento de enfermedades bien conocidas, provocadas por bacterias y parásitos: el cólera en América Latina, ligado a la pobreza (económica, ambiental, educativa pero sobre todo político-institucional), la esquistosomiasis en muchos países y la malaria en América Latina, en Asia y especialmente en África. Enfermedades ligadas no sólo a la pobreza sino también al desarrollo (deforestación y transformación agrícola no acompañadas de medidas sanitarias).

Simultáneamente en los países desarrollados y en las áreas de los países menos desarrollados han crecido dos fenómenos patológicos no degenerativos en el sentido biológico, pero sí en el orden ambiental y social: las enfermedades provocadas por la contaminación y la violencia.

La violencia contra el prójimo y contra uno mismo la destrucción y la auto-destrucción humana, representan hoy en día la causa principal de muerte entre los jóvenes en muchas ciudades del mundo, modificando sensiblemente el com-

portamiento de cada grupo familiar y preocupando igualmente a cada individuo en particular.

Todo esto induce a pensar que la transición fundamental no pase tanto por las enfermedades infecciosas y degenerativas cuanto por las enfermedades fisiológicas (de causas prevalentemente naturales) y las enfermedades antropológicas (de causas netamente humanas).

También los virus, las bacterias y los parásitos, quienes técnicamente son los agentes biológicos de las enfermedades, hoy más que nunca han sido favorecidos por la agresividad de sus transformaciones, queridas y sufridas por los hombres y mujeres, o quizás han podido actuar tan libremente porque los conocimientos y las técnicas que podrían combatirlos no han sido utilizados para tal fin.

Nosotros como defensores de la salud pública hemos dicho y enseñado que estos fenómenos tienen un origen social y deben afrontarse socialmente. Hemos quizás contribuido a desarrollar *una cultura de la salud colectiva* a la cual puede referirse la primera conclusión sobre el movimiento médico-social; aquella mencionada en el comienzo de este Prólogo, la de "gran influencia intelectual".

Pero está también la otra parte: "escasos efectos prácticos". Esta afirmación debe hacernos reflexionar.

Podemos también limitarnos a encontrar explicaciones y justificaciones fuera de nosotros, en los sucesos acaecidos en el mundo y en cada uno de los países; en la ofensiva contra el derecho a la salud, desarrollada a partir de los años ochenta.

Pero no podemos evitar el cuestionarnos en qué medida han incidido omisiones y distorsiones en este movimiento que justifiquen la segunda conclusión: "escasos efectos prácticos".

La principal, creo, consistió en la unilateralidad con la que fueron confrontadas idénticas dialécticas inseparables entre sí. Algunas de ellas aluden al proceso salud-enfermedad como biológico/social, colectivo/individual, ambiente/comportamiento.

Otras encuadran la política sanitaria como pública/privada, derechos/deberes, leyes/administración, política/partidos. No tengo la capacidad (ni siquiera es el objetivo de este prólogo) para analizar en profundidad esta dicotomía. Pero estoy convencido, por ejemplo, que en la valorización de las enfermedades, la polémica contra el biologismo ha tomado un impulso tan grande que ha desvalorizado el hecho de que ellas se manifiestan con sufrimiento corporal y mental.

Pienso además que la expresión "salud colectiva" puede llegar a opacar el hecho de que la colectividad existe en cuanto a conjunto de individuos, cada uno de los cuales es diferente, irrepetible y con exigencias propias.

Es cierto, finalmente, que gran parte de las enfermedades tienen su origen en el ámbito antropológico, pero también la constitución genética, la predisposición

y las decisiones personales (factor especialmente decisivo) influyen en determinar el cómo y el cuándo de las afecciones.

En las políticas sanitarias frecuentemente se define "lo público" (sumariamente identificado con lo estatal) como *lo bueno* y lo privado como *lo malo* sin criticar lo suficiente el mal funcionamiento de los servicios públicos por el temor de comulgar en algo con aquellos que pretenden demolerlos, sin ver que la función pública no es la de administrar todo, pero sí la de dirigir utilizando sus servicios conjuntamente con los de la actividad privada.

Se ha insistido mucho sobre los derechos de los ciudadanos, no así sobre los deberes profesionales de quienes trabajan en el campo de la salud, ni sobre el deber de cada ciudadano de usar racionalmente los recursos sanitarios y de contribuir al cuidado de su salud tanto como a la de su prójimo.

Importantes leyes sanitarias han sido promulgadas (en este campo, por ejemplo, la Constitución de Brasil es quizás la más avanzada del mundo) sin embargo no han sido aplicadas debido casi siempre a la falta de los conocimientos administrativos y la voluntad para ejecutarlas.

Se ha justamente valorizado la participación política, no obstante, no ha sido combatida suficientemente la devastadora interferencia de los partidos (ya sea por compromisos electorales u obligaciones con sus afiliados) en la selección del personal sanitario y en la gestión de los servicios.

Me hubiese gustado compartir estas ideas con ustedes, participantes de las VII Jornadas, escuchar vuestras críticas y verificar la validez de las mismas. Pero este año ya he estado dos meses en Brasil (abril y mayo) y mis obligaciones en Italia no me permiten viajar nuevamente. Me he sentido muy feliz de estar con ustedes en 1992 y no he querido por lo tanto estar ausente en esta oportunidad. Es por eso que aprovecho la ocasión que me brinda este prólogo (ya saben: los viejos profesores siempre pretenden enseñar alguna cosa) para, de esta manera, estar igualmente presente y para subrayar una exigencia: la de unir la gran utopía (que abarca la idea de *salud para todos*) con medidas realistas que avancen progresivamente y día tras día en la dirección correcta.

Profesor Giovanni Berlinguer
São Paulo, abril de 1993
Traducción: Sabina Ohlberg de Wilner

**VI JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
III DE MEDICINA SOCIAL**

19 al 25 de Julio de 1992

**SALUD, CRISIS Y POBREZA
EN EL MARCO DE LAS POLITICAS DE AJUSTE
PROBLEMAS Y ABORDAJES EN EL ESCENARIO DE LO COTIDIANO**

SEDES

**Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos
Aires - Facultad de Ciencias Sociales y Ciencias Económicas de la Universidad
de Buenos Aires - Anfiteatro Eva Perón de la
Asociación de Trabajadores del Estado**

COMISION ORGANIZADORA DE LAS JORNADAS

**Spinelli, Hugo; Wilner, Alejandro; Alazraqui, Marcio; Ferrer, Carmen; Diez
Roux, Ana; Vaccaro, Paola; Tarlovsky, Ana; Arretche, Daniel**

AUSPICIARON LAS JORNADAS

ASOCIACION DE TRABAJADORES DEL ESTADO - ATE

**ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES**

**FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA UNICEF-
ARGENTINA**

GREENPEACE ARGENTINA

**CONFEDERACION DE TRABAJADORES DE LA EDUCACION DE LA
REP. ARG. - CTERA**

ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA SOCIAL - AAMES

**COLEGIO OFICIAL DE BIOQUIMICOS Y FARMACEUTICOS DE LA
CAPITAL FEDERAL**

ASOCIACION DE PSICOLOGOS DE BUENOS AIRES

MEDICOS DEL MUNDO - MISION ARGENTINA

OBJETIVOS DE LAS JORNADAS

Año tras año hemos ido construyendo entre todos este espacio de encuentro que convoca a trabajadores de la salud de todo el país y países hermanos. Año tras año hemos seguido la experiencia que diferentes grupos iban realizando. La convocatoria fue creciendo, fueron cambiando las preguntas y las discusiones. También cambiaba el contexto, la democracia se hacía estable y a la vez, algunos sectores encontraban en las políticas de ajuste una salida a la crisis. En tanto la situación de pobreza y miseria arrastraba al país a un deterioro de la salud en el marco de un abandono del sistema público. Después de cinco años de encuentros y trabajo, tenemos la sensación de que el esfuerzo no ha sido en vano. Vemos a numerosos grupos que articulan e intercambian experiencias y/o reflexiones. Muchos de ellos se conformaron en estos años, otros venían de años de dura lucha. A unos y a otros, nuestro pequeño aporte fue el de permitirles comunicarse, reflexionar, sentir que no estaban solos, mas allá del abandono o la distancia, sentir que su trabajo y su ilusión no eran un acto de "locura".

Fueron cambiando las preguntas y los debates, lo cual no significó siempre que los mismos fuesen superados, pero sí sirvió para enriquecerlos y enriquecernos. Así, por ejemplo, el rol de las ciencias sociales y la salud, la función de los agentes sanitarios, la discusión teoría-práctica, el modelo médico hegemónico, el hospital público, el asistencialismo, el control social y otros nos fueron llevando a una situación de crecimiento mutuo. Este año pretendemos profundizar el análisis de las situaciones cotidianas, sin por eso negar la existencia de sobredeterminaciones, sino que consideramos que la construcción ideológica de los sujetos y los actores se hace a través de las prácticas, y que esas prácticas teóricas se ideologizan en las prácticas técnicas que operan en los conjuntos sociales. Dichas prácticas (teóricas-técnicas) tienen autonomías relativas que pueden y deben ser problematizadas.

Por eso ponemos nuevamente énfasis en que se analicen aquellas situaciones y problemas que se enfrentan cotidianamente y que por tales raramente son lle-

vadas a la discusión de los grupos de pertenencia. Buscamos con esto poder arribar a propuestas concretas en este encuentro de manera de poder volcarlas al conjunto de la sociedad. ¡Sabemos que las hay!. ¡Sabemos que tenemos y podemos construir otras!.

Es necesario poner la situación de salud como uno de los ejes de discusión en la sociedad. La realidad pretende ser hegemonizada por un discurso economicista, ocultando el dolor y la muerte con los que transitamos en nuestros lugares de trabajo.

Hoy, mientras se pretende que la fragmentación sea la forma de entender la historia, nosotros seguiremos planteando la unidad como utopía.

El desafío vuelve nuevamente a estar planteado, nosotros aceptamos el de llegar a julio esperándolos con un "bienvenidos"; el de ustedes, es el de llegar con sus problemas y propuestas y sobre todo con ese ideal de pensar un país de pie.

DISCURSOS INAUGURALES

RAQUEL CASTRONUOVO

(en representación de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA)

Buenas tardes a todos. Estoy aquí presente en nombre de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, para darles la bienvenida y para manifestarles el interés y el orgullo con que nos sentimos convocados en estas VI Jornadas de Atención Primaria de la Salud.

Es sumamente alentador que, en un momento de nuestra historia donde la reformulación del Estado hace retroceder aceleradamente las políticas sociales y enormes sectores de la población quedan desprotegidos en la atención de sus necesidades más primarias, estamos reunidos aquí, trabajadores de la salud, investigadores y universitarios, para compartir las búsquedas y experiencias en el campo de la salud. La trayectoria que van desarrollando a lo largo de los años las Jornadas de Atención Primaria de la Salud hacen que miremos con gran expectativa las que hoy se inician, en la convicción de que darán encuentros significativos y descubriremos seguramente que en distintos rincones de nuestro país, y en países hermanos en forma silenciosa, trabajadores de la salud concretan iniciativas creativas y audaces en busca de sostener una concepción de salud coherente con la idea de hombre como sujeto integral protagonista de la historia. Que la universidad preste su casa para la concepción de este encuentro es, también, algo más que un hecho casual. Es un símbolo de la decisión clara de los ámbitos académicos de sostener y acrecentar los vínculos reales y concretos con el campo profesional en un camino de efectiva realimentación, que dé sentido a su tarea cotidiana de docencia e investigación. Es precisamente el accionar concreto en la búsqueda de soluciones efectivas, en el aprendizaje, que surge de la investigación y de la práctica cotidiana, el que nos devela los múltiples caminos posibles para hacer frente a la profunda crisis de nuestra sociedad con sus lacerantes expresiones, el acelerado crecimiento de la pobreza y con él, la presencia de manifestaciones particularmente graves en el campo de la salud, y al mismo tiempo la disminución de los ya exiguos recursos para la atención de las necesidades básicas de la población. Y es por eso que la presencia de tantas propuestas de traba-

jo, tantas experiencias e indagaciones en este campo de trabajo, nos llena de sanas ilusiones, sobre la capacidad que todavía tenemos como pueblo para hacer frente a tanta desventura. La práctica cotidiana nos pone frente a los ojos el mejor de los ejemplos: la capacidad de la gente para mantenerse viva cuando todos los motivos parecen haberse esfumado, la gente y sus estrategias de supervivencia, los múltiples recursos organizativos que logra motorizar y sus propios mecanismos de defensa para tanta manipulación de la que es objeto. Ellos son los auténticos protagonistas y nosotros, trabajadores de la salud, investigadores, docentes desde nuestro compromiso y saber ponemos a su servicio nuestro aporte, al mismo tiempo que reaprendemos.

Esto nos pone una vez más en situación de redimensionar nuestra práctica profesional, comprendiendo en su esencia la necesidad de dar servicios efectivos y respuestas superadoras, no como falso tecnocratismo, sino como la restitución de derechos que pertenecen al pueblo. Nos obliga además a fortalecer nuestra formación, al estar en condiciones de acceder a una verdadera integración de los dos planos de nuestra praxis: la teoría y la práctica. Sobre el particular, debo decir que, más allá de los propósitos de evitar la subordinación de uno de los planos al otro, solemos reducir nuestro aprendizaje por no poder asumir la existencia de este obstáculo epistemológico y trabajar para su disolución. Comprender la dimensión verdadera de dicho obstáculo y las profundas raíces que tiene en nuestra cultura es el primer paso para poder así desarrollar las líneas de pensamiento que nos conduzcan a resolverlo. Toda práctica está embuida de teoría y produce teoría a partir del proceso necesario de abstracción que nos permita objetivar nuestros actos y la realidad misma. Toda teoría no es sino la resultante de la relación de nuestros actos como sujetos con la realidad. De allí la trascendencia de este ámbito de donde los dos planos de la praxis se encuentran y demostrarán una vez más que ambos cobran sentido en la confrontación con el otro confirmando que no es posible un verdadero abordaje de la problemática de la salud, y de ninguna problemática social desde uno solo de los planos. Esto nos lleva a valorar también, y muy especialmente, el desafío que significa emprender una tarea como la señalada, con una auténtica mirada interdisciplinaria. Desde el plano de la teoría habitualmente acordamos todos en la integración de la realidad y la necesidad del aporte interdisciplinario para su abordaje. Sin embargo, también todos conocemos nuestras propias dificultades para llevar adelante este concepto en nuestra propia práctica. La mirada especializada sobre una realidad cada vez más recortada en pequeñas parcelas refuerzan nuestra ya conocida incapacidad para producir en equipo. Se planea así como un campo a conquistar. Es necesario recorrer día a día y palmo a palmo las distancias que nos separan y nos aíslan para llegar así a una práctica que integre los aportes especializados de las diferentes disciplinas. Por fin, quiero señalar especialmente, el valor sustancial

de la presencia de ustedes en este encuentro, superando las enormes dificultades de la falta de recursos y estímulo, las distancias y el cansancio para producir un hecho singular: encontrarse y conocerse, reencontrarse y reconocerse. Ustedes ya saben que nada levanta tanto el ánimo en momentos de desesperanzas como el calor de los que, aunque sea muy lejos, están junto a nosotros en la tarea. Nada más. (*Aplausos*).

GRACIELA MINES

Tierra del Fuego, por la delegaciones del interior

Buenas tardes a todos. Amigos y compañeros, trabajadores de la salud, es para mí un doble honor encontrarme aquí con el gran compromiso de darle la bienvenida a todas las delegaciones del interior del país. Bienvenidos sean entonces a estas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Decía en un comienzo que es un doble honor. Primero, representar un pilar importante en los equipos de salud de todo el país: a los agentes sanitarios, quienes tratamos de reflejar objetivamente las necesidades sentidas de la comunidad a la cual representamos. Es cierto también que somos una especie en vías de extinción, especialmente en esta era de las privatizaciones de los servicios de salud, donde vale más destinar fondos para curar que para trabajar con programas reales de promoción y de prevención de la salud. Pero después de varios años de participación en estas Jornadas de Salud trayendo, año tras año inquietudes y muchas ganas de compartir experiencias con logros y fracasos pero con inmensas ganas de superación, y gracias a compartir seis días con compañeros de cada rincón del país, volvemos con la intención necesaria de optimismo y convencidos que la consigna debe ser sumar para lograr una mejor calidad de vida. Segundo, por la oportunidad que me dio la comisión organizadora de dirigirme a ustedes en este ámbito que para nosotros es tan importante si consideramos que venimos de un lugar tan lejano como es la ciudad de Río Grande, provincia de Tierra del Fuego donde tratamos de llevar a cabo trabajos pequeños y modestos. Bueno, compañeros, los invitaré al lema de: "La salud para todos en el año 2000", pero el año 2000 está muy cerca y la salud muy lejos, así que los convoco a lo único posible que hay por hoy, la lucha, el compromiso y nuestro sacrificio en este año 1992 y no permitiremos que nos arrebaten el derecho de todos como es el hospital público y el trabajo en comunidad, defendamos a nuestras instituciones públicas. Muchas gracias. (*Aplausos*).

ANDRÉS PONTEVIALE

en representación del Dr. Luis Ferreira,
decano de la Facultad de Medicina, UBA

Señores miembros de la comisión organizadora de las VI Jornadas de Atención Primaria de la Salud y de las III de Medicina social, autoridades nacionales, provinciales, municipales y universitarias, señoras, señores, compañeras y compañeros. Permítanme evocar en estas palabras a quien considero ha sido el principal trabajador en pos de la salud pública en nuestro país. Estoy refiriéndome a un hombre cabal, íntegro y humilde, oriundo de la provincia de Santiago del Estero, profesor de enseñanza media de historia argentina, médico, profesor universitario, fundador de la neurocirugía en la Argentina, Ministro de Salud Pública entre 1946 y 1952 que su cargo ministerial no obtuvo prebenda alguna, muriendo en Brasil en la más absoluta austeridad. Estoy recordando al Doctor Ramón Carrillo, a quien la historia nueva del país escrita a partir de 1945, le debe mucho por su entrega y abnegación en pos de implantar y generar un sistema de salud más justo socialmente en favor de todos los argentinos. Sabemos que seguir sus enseñanzas nos traerá aparejado un combate frontal contra los derroteros de siempre, los promotores del "sálvese quien pueda", los predicadores de la mezquindad, la hipocresía y el discurso vacío para vivir en una eterna primavera. Discípulos muy pequeños de tan visionaria obra en pos de la igualdad, la equidad y la justicia social en favor de la gente común, es decir en favor de nosotros mismos.

Hoy, otra vez, por sexto año consecutivo, están ustedes aquí para discutir, debatir, planificar y sintetizar sus ideas, sus ambiciones sus deseos y sus ilusiones con respecto al modelo imperante de salud que tenemos y que añoramos todos conseguir en un futuro inmediato. Un futuro inmediato que nos devuelva la posibilidad de vivir y desarrollarnos más plenamente en un país mejor, aunque lleno de ambigüedades, de historias lejanas y recientes, un país a veces con memoria frágil y selectiva, un país extenso representado en estas jornadas por las compañeras y compañeros de las distintas provincias algunas de ellas, bien sabemos, marcan el límite donde empieza nuestro país y no donde termina, como algunos aún siguen creyendo.

Ustedes, compañeras y compañeros del interior del país son los protagonistas principales de estas jornadas, representando a sus provincias o ciudades: Usuhaia, Río Grande, Río Negro, Posadas, Córdoba, Neuquén, Chubut y muchos más. Llegan aquí sin resentimientos, sin sectarismo, sin la ceguera ideologizada, sin la soberbia dueña de toda la verdad, sin la intolerancia de años pasados, llegan hasta estas tierras de la Capital con valentía, con coraje, con honestidad y con la enorme necesidad de ser escuchadas para poder mostrar lo que significa

vivir lejos de la Capital conformando el país distinto, el país diferente, el país interior, el país federal. Donde no existe a veces el dinero líquido, el dinero congelado, los bonos externos, las acciones, pero sí existen las necesidades de todos los días, y bien sabemos que, donde hay necesidades, hay derechos por hacer cumplir. En estos tiempos en que nos toca vivir nadie está obligado a renunciar a sus ideas ni a sus juicios históricos ni claudicar en sus pensamientos y opiniones teniendo en cuenta que todo lo que se diga sea en pos de un país mejor, de una Argentina mejor. De una Argentina donde la salud, la educación, la justicia, la ancianidad y la niñez sean considerados elementos esenciales que debe llevar adelante y mantener el Estado. Es hora de que muchos entiendan que una política económica acertada, sin salud, sin educación y sin seguridad social, beneficia al país a medias o directamente no lo beneficia. Un país que necesita de todos nosotros, un país que será el fruto de lo que seamos capaces de construir, de recrear aplicando la racionalidad, la reflexión y la imaginación, explicitando a viva voz que la salud, la educación, la justicia, la ancianidad y la niñez, no se negocian en Buenos Aires, en Formosa, en Mendoza, en Jujuy, en Tierra del Fuego.

Compañeras y compañeros, ésta es una batalla cotidiana a la cual estamos todos convocados. No nos dejemos influenciar y hagamos oídos sordos a los hipócritas, a los mentirosos, a los teóricos de siempre que nos dicen que hemos perdido una guerra. Creo fervientemente que ellos la habrán perdido por su mezquindad individual, por su resentimiento, por su memoria selectiva y por su interés sectario. Sé, positivamente, que los ideales proclamados todos estos años siguen intactos, que todavía la mayoría de nosotros creemos en utopías convertidas en realidad y que no nos conformamos con pensar que nuestras vidas son apenas un ensayo general para esperar la muerte. A estos teóricos de siempre hay que demostrarles que esto que decimos no muere en la puerta de un sindicato, ni de un cuartel, ni de una empresa, ni de la universidad, ni de los despachos oficiales. Esto que pregonamos late, vive, existe y espera en cada uno de nosotros. No es una abstracción ni un recurso histórico o un simple recitado de palabras. Es un plesbicitito diario, un esfuerzo cotidiano, un constante y permanente acto de amor y de grandeza para con todos los habitantes de nuestro país, en definitiva para con nosotros mismos. Nunca olvidemos que todo esto debe ser en favor de los más humildes, de los marginados del saber, de la dignidad, de la cultura, del trabajo, de la vivienda. Y de lo que a nosotros nos toca de cerca, los marginados de la salud, entendiendo a la salud como la capacidad de solucionar un conflicto a una comunidad, entendiéndola a la salud no como un fin en sí misma para el individuo o para la sociedad, sino como una condición para la vida plena. Bien sabemos que no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga o si no tenemos trabajo. Si la casa que tenemos no tiene techo o si no tenemos casa. Sabemos que el desarrollo de la salud debemos iniciarlo en donde no existe y mantenerlo en

los rincones más humilde de la Patria no permitiendo nunca que se a ten diferencias entre los habitantes de pueblos apartados o entre provincias, reivindicando y apuntalando los sistemas locales con asistencia efectiva del Estado para mantención de los equipos interdisciplinarios y de esta manera lograr una mayor cobertura de la población.

Quiero terminar estas palabras agradeciendo esta iniciativa emprendida hace seis años, que surgió de un grupo de gente egresado de esta facultad de medicina y de esta Universidad de Buenos Aires. Otros se han ido acoplado a esta iniciativa siendo aún estudiantes. Ustedes son el ejemplo de la universidad que seguramente queremos cada uno de nosotros, una universidad capaz de movilizar los recursos y los potenciales humanos con el objetivo de promover el crecimiento y el bienestar de la gente. Una universidad que sea la expresión más acabada de la ciencia y de la cultura. Una universidad que trabaje y que lleve adelante proyectos municipales, provinciales y nacionales. Una universidad protagonizada por docentes, graduados y estudiantes y no por miembros de la línea interna de un partido político. Una universidad pluralista. Una universidad que no sea una isla superpoblada y ajena a la realidad del país. Una universidad eficaz que no se convierta en una perversa máquina de fabricar profesionales frustrados. Una universidad libre, auténticamente popular, genuinamente nacional e internamente autónoma y no soberana, acatando en un todo la Constitución nacional y las leyes de la Nación. Una universidad con igualdad de oportunidades convirtiendo a cada universitario en un puente entre los más necesitados y los instrumentos de poder. Una universidad que practique la solidaridad y la justicia social, entendiéndolo a la misma como toda eliminación toda prebenda impune, burocrática, estatal y especulativa. Esta historia que escriben ustedes desde hace seis años es solo un prólogo, es una página en blanco, es una empresa a emprender, un sueño a soñar, un destino a construir. Esta historia es una causa por la cual vivir.

Ruego a Dios los ilumine y los bendiga, les dé fortaleza, coraje, esperanza y perseverancia en el camino emprendido y a seguir a lo largo del tiempo, encontrando como escribiera el viejo maestro pilar del pensamiento nacional, Don Leopoldo Marechal: "... paso a paso, las botellas que se tiran al mar con mensajes de naufragos". Permítanme por último recordar a San Juan Pablo que cuando al finalizar su apostolado sentenció: "... he terminado mi carrera, he librado un buen combate, he guardado mi fe." Parafraseando a San Pablo podríamos decir que nuestra carrera recién empieza, que seguiremos librando un buen combate y que seguiremos guardando la fe en esto que creemos. Muchas Gracias. (*Aplausos*).

TIEMPOS DE AJUSTE

Mesa redonda

COORDINA

Enrique Olarte

Sociedad de Medicina Rural de Neuquén

PANELISTAS

Giovanni Berlinguer, senador, Italia

Marcelo Colombo, delegado del obispo Jorge Novak, Obispado de Quilmes

José Carlos Escudero, Asociación Argentina de Medicina Social, AAMES

Sebastião Loureiro, coordinador general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES

Oswaldo Saidón, profesor adjunto de la Facultad de Psicología, UBA

Enrique Olarte: Bienvenidos a esta segunda mesa de las jornadas intitulada "Tiempos de Ajuste". Como coordinador de la mesa y en representación de la sociedad de medicina rural de la provincia de Neuquén, les queremos hacer llegar nuestros mejores deseos a los organizadores, nuestro agradecimiento por esta gentil invitación y aprovechamos también esta circunstancia para invitarlos a unas jornadas que vamos a efectuar del 18 al 22 de noviembre, en Neuquén capital, unas Jornadas Nacionales de Medicina General y el equipo de salud y muchos de los que estamos aquí deseamos que participen. En esta oportunidad vamos a intentar trabajar en temas con una serie de personajes que realmente nos deja muy satisfechos, muy contentos de tenerlos entre nosotros, por eso en el caso particular del doctor Giovanni Berlinguer, le pediríamos al doctor Mario Testa que nos haga su presentación.

Mario Testa: Bueno, quiero presentarles a mi amigo Giovanni Berlinguer, yo lo conocí literariamente antes que personalmente. Había leído un libro que él escribió cuando era joven, todavía es joven aunque lo disimula un poco ahora. Había escrito hace ya muchos años un libro que se llamaba *Malaria urbana* que no se

refería precisamente a la enfermedad de la malaria sino que se refería a las patologías de las grandes ciudades. No sé si fue el primer libro que escribió, dudo mucho que sea el primero porque como ha escrito tantos ni él debe saber probablemente cuál es el primero que escribió (de fondo: "...no se olvida más, no se olvida nunca, no del primero no") pero sí que su literatura es muy abundante y abarca muchos temas. Como buen político ha sido durante algunos años senador por parte del partido comunista italiano, que ya no existe, aunque en algunas de sus cartas él me decía que va a seguir siendo un comunista italiano. Como buen político ha escrito sobre salud y política o de medicina y política en un libro que ya se conoce extensamente, que ya es un clásico y tiene también otros intereses históricos, por ejemplo tiene también un delicioso libro acerca de las pulgas y la importancia de las pulgas en la historia y otros avatares, de manera que es un hombre con múltiples intereses, que hablando más en serio divulga en su cátedra en la Universidad de Roma y tiene una intensa actividad internacional. En este momento tenemos el enorme orgullo de tenerlo entre nosotros porque su palabra es muy bienvenida en estos diversos tópicos que él con tanta sabiduría como estilo literario toca en sus repetidas intervenciones en estos temas, de manera que con esto quiero dejarles presentado a este hombre excepcional que es Giovanni Berlinguer. (*Aplausos*).

Enrique Olarte: Bueno vamos a pasar entonces a desarrollar los temas de los "Tiempos del Ajuste". Vamos a aclarar a los panelistas que vamos a tratar de ajustarnos a una exposición que vaya entre 10 y 12 minutos y los que están en la audiencia cuando vayan elaborando las preguntas las hagan por escrito y de forma sucinta. Trataremos que también las respuestas sean cortas para posibilitar la participación del mayor número de personas. Entonces para no demorarnos más le pedimos al doctor Berlinguer que inicie su exposición.

Dr. Giovanni Berlinguer: Agradezco mucho la invitación, la presentación de Mario que es un buen amigo, muy generoso, y la presencia aquí de muchos integrantes que son nuevas generaciones de trabajadores por la salud que pueden desarrollar un movimiento muy interesante y muy amplio que hay en este momento en la Argentina, como en otros países de América Latina, y tengo mucha confianza en el éxito de este movimiento aunque la situación sea difícil como sabemos. Disculpenme por mi "itañol", espero que nos entendamos.

Hay dos asuntos principales en el programa de estas jornadas. Uno es el de profundizar el análisis de las situaciones cotidianas, no solamente de los principios. Y el otro de poner la situación de salud como uno de los ejes de la discusión de la sociedad cuando la realidad pretende ser hegemonizada por un discurso economicista, ocultando el dolor y la muerte y ocultando también el otro lado;

el placer, la salud y la vida. Placer, salud, vida, que no son una función del producto bruto nacional, aunque el producto bruto nacional tiene su importancia porque si se considera que la salud es una función del producto bruto nacional, me parece que se puede terminar preocupándose más de la salud de los espárragos que de la salud humana. (*Aplausos*). No son también una consecuencia espontánea de la aplicación de las leyes del mercado, aunque debemos superar una concepción demoníaca del mercado o una identificación del mercado con el sistema capitalista porque el mercado preexiste desde muchos miles de años al sistema capitalista y va a continuar en el futuro. Las leyes del mercado pueden estimular, pueden verificar también niveles de vida, de salud, pero no puede resolver los problemas mayores del mundo, en particular los problemas de la salud, de la educación y de la justicia. En los últimos diez años se sigue hablando de la crisis del capitalismo, pero me parece que la situación debe ser analizada de una manera un poco más dialéctica, si se puede utilizar el término, porque hay en realidad una expansión de la influencia del capitalismo en el mundo. Una expansión geográfica, geopolítica, una expansión en la conciencia de la gente y también en la vida cotidiana de la gente y, al mismo tiempo, si tomamos en consideración la condición de vida y la salud de la mayoría de la población del mundo, vemos que hay dificultades crecientes para el objetivo de la Organización Mundial de la Salud: "Salud para todos en el año 2000".

Hace un año estuve en una reunión en Suecia para verificar la aplicación de esta tarea de la OMS y en la conclusión de esta reunión se propuso escribir en la resolución que "Salud para todos" se está transformando en "Salud para pocos", pero no se aceptó esta resolución porque, una, como se sabe que el idioma de la OMS no incluye la franqueza crítica porque no sería diplomático y, otra, porque no sería verdad afirmar que sería para pocos porque no son pocos los que tienen salud y no son pocos los que tienen una salud mejor que hace 100 años o que hace diez años en los países desarrollados. Pero también en muchos países no desarrollados donde hay enormes contradicciones pero también progresos del nivel de salud. Contradicciones que son menores en el norte del mundo.

Yo soy un hombre del norte aunque como italiano soy del área meridional del país, pero soy un hombre del norte del mundo. Y se pueden hacer sobre la salud del norte del mundo dos observaciones. Una es la siguiente: hubo en el norte del mundo más o menos tres sistemas diferentes de vida social, de servicios, de atención a la salud. Uno fue el sistema estatal, centralizado, autoritario, burocratizado de los países que se llamaron del socialismo real, que fracasaron políticamente y económicamente, pero también en el campo de la salud y de los servicios sanitarios habían tenido muchas dificultades y regresiones en los últimos años. Otro es el sistema prevalentemente privado de los Estados Unidos y el tercero es lo que se llamó *welfare state*, Estado de bienestar. Ahora el Estado de bienestar

ha obtenido en el campo de la salud y también en el campo de la educación y también en el campo de la justicia social, y también en el campo de los derechos de las mujeres, que son puntos fundamentales de la vida cotidiana, como dice el programa de esta reunión, los mejores indicadores de estos decenios, con gastos menores, y si se habla de dificultades del Estado de bienestar, creo que deberíamos ante todo hablar de las dificultades de los países que no aplicaron los principios del Estado de bienestar.

La segunda consideración es que los factores de los progresos sanitarios sociales de estos países, por ejemplo el progreso sanitario de Italia, han sido muy variados y diferentes. En Italia, por ejemplo, en los últimos años ha tenido un progreso enorme en el área de la mortalidad infantil, ahora es menor del diez por mil y casi uniforme en las diferentes áreas del resto del país, no uniforme en las clases sociales, pero uniforme en las distintas áreas del país. Y también en el área laboral, los accidentes mortales de trabajo son demasiados ahora pero son menores que antes, en los últimos 20 años se han reducido a un tercio de lo que eran. Hay problemas en Italia y hay problemas en otros países de la Europa Occidental, por ejemplo en España misma, que ha tenido un progreso sanitario interesante, en los últimos años ha sido un aumento de los niños que nacen con bajo peso, con una constancia del peso medio de los niños, eso significa que hay un aumento de los que nacen mal y que también hay un aumento del peso en otro grupo porque el peso medio se ha mantenido constante, ha habido un incremento de las diferencias sociales. Pero globalmente estos países han tenido muchos progresos y los factores de salubridad han sido el desarrollo científico-técnico y productivo, cultural también, la democracia, la influencia cultural y práctica de los movimientos políticos, sindicales, femeninos y también la explotación de los países subdesarrollados, la utilización de la riqueza de estos países. Y esto me parece el punto fundamental, porque como decía Siguerist, gran historiador de la medicina, "hay una solidaridad en el campo de la salud que no puede ser olvidada impunemente" y no me convence la imagen, no, esto de imagen convincente es cuando se habla de los problemas del medio ambiente, de la humanidad que vive en un solo planeta como en una astronave, pero si se quiere transferir en un plano planetario la vieja expresión "estamos todos en un mismo barco", esto no me convence como definición social porque recuerdo que cuando el barco se hunde las diferencias se ven.

Cuando el 14 de abril del año 1912 se hundió el transatlántico *Titanic*, murieron el 10% de los pasajeros de primera clase, el 6% de pasajeros de segunda clase y el 45% de los pasajeros de tercera clase. Esto no es solamente un episodio, es también una metáfora de una condición humana difundida, y creo que es también la opinión del doctor Nakagima, director general de la OMS que está en la revista *Nivel Uno* de la Asociación de Medicina General de la Argentina, "el có-

lera es una enfermedad de la miseria” esto no sólo el cólera que produce miseria y es también el resultado. Bueno, cómo evitar, cómo hacer que este concepto de interdependencia de la humanidad en esta época sea un concepto guía por la acción en el campo de la salud.

Yo creo que hay una responsabilidad de todos los pueblos y de todos los gobiernos pero hay una responsabilidad particular de los países más ricos que no deben exportar a otros países ni producciones sucias, ni modelos de atención a la salud que tienen dificultades en países desarrollados y que pueden crear más dificultades en otros países porque un punto fundamental que me parece de novedad en la situación actual, en la situación de hoy, es que estamos en el fin de la era de oro de la medicina, cuando se podía pretender hacer una acción para generalizar todas las técnicas terapéuticas posibles, y ahora es el momento en que es necesario escoger prioridades, de prevención, prioridades de atención médica primaria, en la investigación y en la utilización de las tecnologías y si no conseguimos los resultados de invertir las prioridades en nuestros países más desarrollados, es muy difícil pretender que otros país tengan la fuerza para invertir sus propias prioridades en el mismo tiempo que se hace en otros países del mundo, en la parte sur del mundo para establecer estas prioridades, puede ayudar también al trabajo que se hace en nuestros países. Disculpen los errores idiomáticos de esta presentación pero creo que fue bastante claro el significado de este discurso. (*Aplausos*).

Enrique Olarte: Bueno ahora a continuación de esta exposición del doctor Bellinguer, con una óptica ya más cercana a la problemática latinoamericana, el doctor Sebastião Loureiro, coordinador general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social va a hacer su exposición.

Sebastião Loureiro: Muchas gracias. En primer lugar yo quiero pedir disculpas también por mi “portuñol”. En segundo lugar yo quiero decir que estoy muy contento de participar de estas VI jornadas porque había muchos que les gustaría ver la experiencia de este grupo aquí en la Argentina, que me parece que nosotros países de América Latina necesitamos elevar el entusiasmo, el nivel de las discusiones y debates y también la creatividad con que se abordan los problemas de los temas de salud. Bueno, hablar de ajuste creo que eso es una identidad en toda América Latina. En este año que estoy como coordinador general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, seguramente ya discutí este tema como en cuatro países de América Latina y seguramente todos los países de América Latina están pasando este momento por este mismo proceso. Eso aunque por un lado es triste verificar que las bancas mundiales, el Fondo Monetario Internacional, impone una política agresiva, usurpadora de derechos a los países

de América Latina, por otro lado es importante verificar eso que nos une en los procesos, esto es, las estrategias que nosotros tenemos que encontrar para enfrentar esta agresión.

En primer lugar creo que muchas de las causas por la cual se impone este ajuste a los países de América Latina creo que todos ustedes tienen un conocimiento de este proceso. Lo que querría tal vez es un poco destruir este mito, esta ideología que dice que es necesario pasar ahora por este sacrificio para que después el país se pueda desarrollar. Creo que ésta es la primer gran mentira de esta ideología neoliberal y que justifica el nivel de ajuste. En realidad este nivel de ajuste es un proceso de transferencia de capital de los países subdesarrollados hacia países desarrollados como una forma de equilibrio de sus finanzas, de sus procesos económicos también. Entonces la manera de explotar a los países subdesarrollados es a través de estos niveles de ajuste que resulta en una transferencia neta de capital a los países avanzados. Entonces esta gran mentira de que podemos apretarnos el cinturón, que podremos después desarrollarnos y que todos vamos a estar muy bien, muy ricos, ésa es la primer mentira que es necesario desenmascarar.

Las otras cosas que creo son necesarias en el terreno de las medidas de ajuste son desenmascarar algunas palabras que fueron construidas en algunos conceptos durante muchos años, cosas que se hizo con reflexiones teóricas de lo que es patrimonio de toda la humanidad como en el caso de la democracia, el caso de la igualdad y el caso de la libertad. Entonces tenemos que ahora eso pasa a ser propiedad de los adoradores de esta ideología neoliberal y colocan conceptos completamente inversos de sus significados anteriores. Entonces donde aparece libertad es libertad para explotar libremente a sus semejantes, donde aparece igualdad es la igualdad de posibles oportunidades donde la competencia entre aquellos que tienen y los que no tienen no permite compartir ni esta igualdad, y en donde la democracia se define solamente como la ausencia del Estado. Entonces son estos términos que es necesario nuevamente criticarlos y profundizar esta crítica en el sentido de volver a sus significados anteriores y originales.

Les decía también que los dos únicos términos que son parte del patrimonio cultural y social de la humanidad y que no fue apropiado hasta ahora es la cuestión de la fraternidad y la cuestión de la humanidad. Creo que estamos a tiempo de preservar estos patrimonios. Bueno, quiero también preguntar ¿cuál es la consecuencia del ajuste en las personas? que sería uno de los temas para abordar en la mesa. Yo pienso que es bueno discutir lo que hacen estas medidas de ajuste con todo su proceso ideológico (...) y construido también con una ética que podríamos llamar "animalista" construida encima de esta ideología. Lo que hacen estas medidas de ajuste es corromper la dignidad de la persona humana. Corrompe en la medida que desnuda a la persona de sus derechos de ciudadanía y que

torna a ciudadanos con sus derechos a la vida y a la salud, en apenas gente pobre que necesita de atención, de la beneficencia, de la caridad de las personas, de grupos sociales y no como un derecho que les corresponde a la salud. Desnuda también a los trabajadores de la salud de su dignidad, corrompe la dignidad de los trabajadores de la salud en la medida en que estas medidas de ajuste en términos de promover sus cráteres en el presupuesto gubernamental, los primeros perjudicados son los trabajadores de la salud que tienen sus salarios agrietados, y agrietada su dignidad y condiciones de trabajo y condiciones de vida. Ese es uno de los principales efectos que tienen estas medidas de ajuste tanto para los trabajadores de la salud como para la población.

Frente a este cuadro ¿qué es lo que nosotros podemos proponer para no quedarse en un derrotismo? Creo que hay muchas cosas que se pueden hacer. Estas jornadas, discutiendo hace pocos minutos con el profesor Berlinguer, vengo también de dos reuniones en Brasil, una que hubo en Mayo y otra que hubo la semana pasada y se puede ver que a pesar de todas estas dificultades, a pesar de toda esta agresión misma a la gente, a los trabajadores de salud, hay una vitalidad muy manifiesta por el derecho a la vida y el derecho a la salud. También es importante hacer notar que se están encontrando formas muy creativas de atraer a esta discusión, de no solamente quedarse en esta discusión anual todos los profesionales de salud, sino también pasar esta misma vitalidad y esta misma necesidad de lucha para otros segmentos de la población. Yo pienso que la tarea sería organizar a los profesionales de la salud y organizarlos en formas creativas. Yo creo que no es necesario hacer reuniones burocráticas para discutir unas cuantas cosas teóricas, pero reorganizar para defensa de la salud, para defensa de la vida, esa es una de las cosas que es necesario hacer. La otra cosa en la que pienso se podría avanzar es una discusión sobre una nueva ética en la relación, no sólo entre las personas, sino también entre los profesionales de salud como un grupo en relación con la población.

José Carlos Escudero: Bueno, trataré de ser muy breve. Yo pienso que en estos momentos es muy importante preguntarse ¿por qué? Por ahí en la descripción de los fenómenos todos podemos estar de acuerdo con la descripción y los campos se deslindan cuando uno se pregunta ¿por qué? Digo esto porque en la ponencia que acabó de perpetrar el doctor Santos Depine, él estaba más o menos de acuerdo en que había cierta relación entre las políticas sociales de Argentina y la deuda externa pero la pregunta es ¿por qué la deuda externa?, es donde yo pienso que hay cierta discrepancia con el doctor. Yo no voy a hablar del ajuste sino que voy a hablar de la crisis porque la crisis generó el ajuste, y muy brevemente el por qué estamos viviendo lo que ahora es la gran crisis gran del sistema capitalista que no tiene muchas miras de solucionarse. Estuvo Volquer el otro día en

la Argentina y dijo: "Argentina está recorriendo el buen camino pero le quedan diez años más de esfuerzo", con lo cual es realmente importante oír decir esto porque la vieja esperanza capitalista para la periferia que era vamos hacia el desarrollo se corta, lo cual en términos absolutamente superestructurales supone algo diferente, ya no es desarrollo, es un ajuste que nos va a llevar unos diez años; ¡bueeh!. Porque la crisis, y voy a tratar de no ser economicista, sobre todo teniendo al lado a Osvaldo Saidón, porque esta crisis que empieza a fines de 1960 y genera el ajuste, que uno puede pensar: "en el mundo pasaron cosas". Por ejemplo la economía mundial se empapeló, se llenó de medios de pago a través de los eurodólares, en función del auge tremendo de las empresas multinacionales, cuando vino el breve boom del petróleo el mundo, la economía mundial se llenó de petrodólares, y había que invertirla en algún lado, los bancos privados les fuerzan las manos a los bancos públicos de los países y le fuerzan la mano al FMI, el FMI se le debe hacer bastante exigente en los requisitos para prestar a los países periféricos, es decir había países que no eran un buen riesgo, entonces el FMI aconsejaba no prestarles plata. Pero esta disponibilidad de plata tan grande y esta tremenda presión política de los bancos privados le fuerzan la mano al Banco Mundial y entonces los países periféricos se llenan de endeudamiento, para diferentes motivos.

Argentina se endeudó fenomenalmente para pagar armamento para perder la guerra de las Malvinas, por ejemplo, pero ¿se dan cuenta?, entonces la crisis o la deuda externa no es la causa de la crisis sino que es síntoma de un fenómeno general de creciente inestabilidad de una economía mundial, digo para tratar de buscar realmente dónde estuvieron los responsables. Pero que quede clarito que los que ahora están pagando la deuda externa no son los responsables de la génesis de la deuda, y en un sentido más general por ahí ni siquiera la oligarquía de los países periféricos, que estimuló la existencia de esta deuda es del todo responsable de un fenómeno que les venía desde afuera de ellos, que era esta "papelización". Así que entonces la causa de esto nosotros la vemos, entonces, un poco abstractamente planteada, como muy lejos por supuesto de quienes están pagando por este fenómeno de la deuda.

Les doy algunas cifras pequeñas. Cuando Alemania perdió la primera guerra mundial se le aplicó el Tratado de Versalles del cual había consenso de que era un tratado muy inicuo, terrible. Según se trataba, Alemania pagaba las reparaciones de guerra que eran el 2% del producto bruto de Alemania. La pagaron unos pocos años, luego la dejaron de pagar, luego vino Hitler. América Latina está pagando su deuda externa al ritmo de un 3 ó 4% de su producto bruto interno desde hace por lo menos diez años, y no hemos tenido un Hitler pero hemos tenido Collor de Mello, Fujimori, Menem, tema que les dejo a los científicos políticos analizar con más profundidad. Entonces viene esta deuda que es parte del efecto del

fenómeno mundial, viene el ajuste y estamos sufriendo el ajuste. Argentina a partir del plan Cavallo está aparentemente respondiendo al ajuste. ¿Qué hace el plan Cavallo? Primordialmente la variable de ajuste son los salarios. Con sueldos congelados el costo de la vida aumentó más o menos el veinte, veintitantos por ciento desde que está el plan Cavallo, y la forma de financiar este nuevo acuerdo con la banca acreedora se hace principalmente de impuestos directos al consumo.

Así que quede clarito cuales son las variables fundamentales de ajuste del plan Cavallo, que realmente es mejor que la hiperinflación cosa que también tenemos que discutir tranquilos en otro momento: "la hiperinflación como disciplinador social", de los Falcon verdes a la hiperinflación como elemento de control social. Entonces pasa todo esto, el plan Cavallo funciona, entonces podemos hacer buena epidemiología y buenas ciencias sociales asomándonos por la ventana del colectivo o del tren suburbano, que es una práctica que uno aconseja.

¿Qué se ve en las ciudades argentinas? Se ve primero, se ve muchos más autos particulares, este año se va a batir el récord nacional de fabricación e importación de autos particulares. Ello tiene implicancias epidemiológicas, va a haber más gente muerta por accidentes de auto, así de simple. Tiene implicancia de transporte. El transporte público colectivo cada vez tarda más en hacer trayectos similares. Así que el plan Cavallo está llenando las calles argentinas de autos particulares, está llenando las esquinas de las calles de Buenos Aires de estaciones de servicio, y está llenando la Argentina de supermercados.

Los monumentos arquitectónicos del plan Cavallo son: Las estaciones de servicio y los supermercados, ¿se dan cuenta?, ni centros de salud, ni escuelas, ni redes de agua potable. Así que estamos entrando en un modelo absolutamente consumista, cholulo, ecológicamente absurdo y epidemiológicamente siniestro que es aparentemente signo del éxito del plan, eso y la venta de electrodomésticos, ¿se dan cuenta? Se está dando este fenómeno que es síntoma del éxito del plan, bueh. ¿Qué pasa entonces en salud? Yo sugiero, acá oyendo hablar al doctor Santos Depine, los epidemiólogos trabajamos con el concepto de tasas que tiene aproximadamente 300 años de existencia desde la época de John Grown mil seiscientos y algo hasta ahora que es el riesgo relativo. Howard Hughes que fue uno de los hombres más ricos del mundo se murió de desnutrición y el pobre también se muere de desnutrición.

Lo que yo quiero plantear como epidemiólogo es que la tasa de millonarios muertos por desnutrición, es decir millonarios muertos sobre millonario denominador es enormemente menor que la tasa de pobres muertos por desnutrición así que como este concepto tiene (*aplausos*) ya 300 años de vida puede que cualquier día de estos llegue al Ministerio de Salud Argentina y al doctor Santos Depine los recoja (*risas y aplausos*). ¿Qué pasa en términos de políticas de salud? Se está reduciendo el hospital público, en parte porque hay que pagar la deuda

externa. Eso es cierto pero pienso que es insuficiente. Se está reduciendo el hospital público no solamente porque hay que pagar la deuda externa sino también porque al reducirse la oferta de servicios públicos gratuitos, la gente, alguna gente, se va a quedar en su casa a enfermarse, otra gente se va a romper el lomo para conseguir un seguro privado, ¿se dan cuenta? el capitalismo necesita áreas crecientes de eyaculación de capital y realmente si se abre la salud pública a la salud privada, hoy leí en el diario que los prepagos están facturando 2.000 millones de dólares por año en la Argentina, es un área nueva para ciclar capitales, eso se está haciendo. O sea que no es lo ostensible que hay que pagar la deuda cosa que en sí ya sería malo, sino que es un objetivo de abrir en lo privado lo que, hasta entonces era una cosa relativamente desmercantilizada. Se está reduciendo la atención primaria.

Por ejemplo, Hilario Ferrero que es una persona excepcional, con enorme inteligencia, capacidad de trabajo y sentido cristiano, en la peor área quizás de Argentina que es el occidente de Formosa ha tenido un excelente programa de atención primaria, con buenísimos indicadores de salud. Los que conocemos a Hilario Ferrero sabemos que los últimos dos años gastó gran parte de sus calorías para que no lo rajen del trabajo (*exclamaciones*), cosa que es estrictamente cierto, yo quiero plantear que no se hace atención primaria no tanto por una situación economicista de pagar la deuda, sino porque la atención primaria, supone una red de poder comunitario que no sea clientelista electoral, y supone por otro lado que el mal ejemplo de las prestaciones sociales no son mercantilizables, que es un mal ejemplo ideológico para los que creen en la dictadura del mercado. Es como había que destruir en Nicaragua, aunque el producto bruto de Nicaragua sea el de una cadena de supermercados norteamericano, no por sus riesgos sino por su mal ejemplo. Yo pienso que éste es un elemento adicional de destruir la atención primaria.

Sigamos un poquito más. ¿Qué perfil epidemiológico va a surgir? Bueno, claramente, vamos a tener más enfermedades de falta de cualquier cosa, vamos a tener mas cesáreas en el seguro privado argentino, porque el capitalismo que cicla capitales entre otras cosas va a ciclar capitales entre otras cosas a través de las cesáreas como hace en Chile, con lo cual vamos a tener la pequeña paradoja que la clase media cholula va a tener más barrigas tajeadas por cesáreas, porque la lógica médica capitalista implica permanentemente prácticas médicas asociadas a la generación de mercancías. En salud mental estamos teniendo, y esto se habló bastante en la reunión de Rosario el mes pasado, que la "precarización" del trabajo en la Argentina, el aumento del desempleo, la mayor debilidad gremial en defensa del puesto de trabajo, genera angustia y ansiedad, genera miedo.

Así que si pudiéramos cuantificarlo a este fenómeno de precarización de las condiciones de vida cotidianas de la gente que las puedan rajar del empleo, va a

generar o está generando ansiedad, angustia, miedo, eczemas, asma bronquiales, cualquier tipo de somatización, mayor violencia intrafamiliar, o sea fenómenos no económicamente explicados pero que tienen que ver con esta creciente inseguridad de la sociedad argentina. Entonces ¿qué podemos hacer? Yo me acuerdo que el año pasado en las jornadas, escuchando a alguien luego de que yo hablé me dijo que estaba bastante de acuerdo pero es como si lo que yo digo tendiera a paralizar. Porque esto es realmente una cosa muy pesada. Vivimos actualmente la crisis capitalista mundial, con un sistema de gobierno excepcionalmente corrupto en la Argentina, con un control muy importante de medios de masa de la justicia, y sigan sumando por parte del sistema hegemónico entonces, ¿cuál sería la otra noticia o la noticia para pensar? Que como la salud es un hecho político, la salud diría yo, es casi la aplicación política de lo que se sabe que se debería hacer en términos corporales, salud mental es más complicado, uno puede plantear que un hecho político puede cambiar con relativa rapidez, la buena noticia argentina ha sido cómo la gente está defendiendo la escuela pública, que uno no hubiera pensado hace un mes y medio, con el frío que hacía realmente pasó algo mejor de lo que se esperaba, de paso un elemento importante de la sobremedicalización de la sociedad argentina y de la iatrogenia médica va a ser que el médico de clase media que antes mandaba a su hijo a una escuela secundaria pública y buena y ahora no quiere que a su hijo le falten la mitad de horas de clases porque no vienen los profesores o no hay, lo va a mandar a una escuela privada que cuesta, entonces el médico va a tener más tentaciones a currar con su práctica profesional, al mercantilizarse todo él también tiene que mercantilizarse, y esto hay que tenerlo en cuenta así que...

Pensemos en la posible buena noticia política de una situación que en el fondo es una correlación de fuerzas políticas y pensemos cómo unas formas asociadas a esto, atrevemos a manejar categorías que no surjan del viejo economicismo, cómo interactúan lo psicológico-individual con lo históricosocial. Pensar como juega el Eros, el Thanatos y la estupidez humana como fenómenos individuales, como explicadores de fenómenos históricos, y como áreas pasibles de conocimiento intelectual y político. Trabajar todas esas ideas. El libro de O'Connor reciente: *Interpretaciones de la crisis* termina con un capítulo de lo psicológico, lo psicosocial y lo económico, es un área importante a trabajar. Y está el aviso que suelo pasar siempre porque todos somos positivistas en el fondo, manejamos con las categorías de las ciencias positivas para demostrar irrefutablemente que este sistema sanitario genera monstruosidades en la biología, no solamente en la ideología o en la psicología. Midamos chicos, pesemos, tomemos hemoglobinas, es decir, mezclemos el discurso con elementos de las ciencias positivas, cosa que la izquierda latinoamericana sanitaria hizo muy poco en su momento y que pienso debería hacer más. Nada más. (*Aplausos*).

Enrique Olarte: Continuará ahora el doctor Osvaldo Saidón, profesor adjunto de la Facultad de Psicología de la U.B.A.

Doctor Osvaldo Saidón: Bueno, el motivo por el que creo que fui invitado a esta mesa es para tratar de reflexionar algunas cuestiones sobre el último punto que me parece que tocaba Escudero, que era de las dinámicas psicosociales que generan el ajuste. Lo primero sería tal vez partir desde un cierto reconocimiento de que este ajuste nos agarra en un momento de cierto desajuste en el entendimiento de estos fenómenos, un cierto desajuste en los pensamientos referenciales que teníamos para pensar estas cuestiones y un poco la frase de Fernando Pessoa: "Toda certeza oprime", no sé si es cierta, valga la redundancia pero por lo menos creo que es bueno tomarla hoy como una manera de aguantar o de poder tolerar la incertidumbre en la que de hecho estamos para pensar estas cuestiones. Vamos a partir para pensar estas cuestiones de algunas precisiones y espero que algunos acordemos en esto.

En primer lugar, el ajuste no es una necesidad irremediable del desarrollo de la economía, como dijeron aquí, es una política que se ejerce por el poder que se tiene para implementarla y este poder viene asentándose entre nosotros no solamente desde un principio disciplinador o de control propio de las sociedades capitalistas, como lo afirman por ejemplo los trabajos "foucaultianos", sino también desde el terror asentado en los cuerpos a lo largo de nuestra historia más reciente. En segundo lugar, que el sacrificio de este ajuste al que nos referimos no es una tarea asumida colectivamente, sino que este ajuste es impuesto a un sector sobre otro. Por otro lado este ajuste no viene a reparar las injusticias del presente en un futuro, sino a profundizar las diferencias, conservándolas y dejando sin horizontes de transformación a cada vez más sectores de la población. Los efectos de marginación y exclusión social que producen no son un efecto indeseado sino parte de una política buscada a partir de una construcción filosófica liberal donde el más apto y el más poderoso tendrá más bienes y más derechos. El control social de las poblaciones se ejerce tanto desde su disciplinamiento como desde la marginación y desde la construcción de espacios y áreas de pobreza donde se podrán aplicar disjuntos planes de seguridad social y/o policial.

Por último, y aquí vamos a nuestro tema, la producción de este tipo de políticas se basa también en la producción de un consenso, de una respuesta blanda, y blanca también porque en Los Angeles hacen respuestas negras también y parece que es más complicado, de una respuesta blanda de los sectores afectados, de la producción de un tipo de subjetividad, y de la capacidad de controlar rápidamente cualquier síntoma de insubordinación social que surja a partir de este ajuste. Se deben ir construyendo entonces poblaciones disciplinadas a través de un aparato técnico, los medios de comunicación, a través de un aparataje científico,

las disciplinas del hombre, a través del terror como amenaza siempre presente. Pero también una infinita cantidad de prácticas de control social directa sobre las poblaciones donde éstas deberán estar observadas en sus movimientos migratorios, en políticas aduaneras, en mercados de trabajo discriminados para ciertos grupos, en una atención primaria para los pobres, en regulaciones salariales diferenciadas, en la detección y control de los llamados grupos de riesgo.

En definitiva, una irradiación planetaria del poder de la que se ocupan todos, iglesias electrónicas, satélites televisivos, marcas de productos y sus campañas publicitarias, campañas sanitarias sobre el SIDA y el cólera. Pero esto no es una conspiración organizada desde un poder central que se irradia como un sol hacia todas las partes. Son infinitas prácticas donde se mezclan en forma casi caótica la afirmación de un poder y la resistencia a ese mismo poder. O sea que en el interior de estas prácticas no sólo está la afirmación de una dominación sino también están presentes siempre las resistencias a esa dominación de maneras muchas veces difíciles de determinar. Un ejemplo de esto lo tenemos en el movimiento escolar actual, donde desde una ideología nacional, patrioter y reivindicativa de los valores más tradicionales y patrioter que son característicos de la escuela nacional y de la escuela pública, a pesar de eso, esos mismos valores producen un efecto cuestionador de las políticas del Estado y del intento de privatización del Estado de esas mismas escuelas. Entonces, si hay una centralización, una totalización, una resonancia de estas acciones al servicio de lo que aquí llamamos el ajuste, es porque ellas convergen en un punto, en un Estado, en una especie de agujero negro que tiene la función de absorber la energía, inmovilizar las potencias, producir ese sentimiento de descomposición propio de las pasiones tristes, esa voluntad de nada a la que llamaba la atención cuando hablaba del lirismo propio de la modernidad. Creemos que si algún lugar entonces nos cabe a los trabajadores de la salud mental y a los que reflexionan sobre los procesos psíquicos inconscientes, es contribuir a producir y expandir la contraefectuación a estos poderes que se apoderan de los cuerpos en la realización de una práctica de obediencia y sumisión. Por eso no es casual que hayan surgido en estos años en nuestro medio, sofisticados equipamientos de comprensión de lo psíquico que transportan más o menos enmascaradamente una ideología de la resignación o de la imposibilidad del deseo o de su satisfacción donde la realidad es despreciada como un resto, un imaginario, o como un problema ajeno a las prácticas puras del tratamiento psicológico, psicoanalítico o de cualquier otra técnica.

De todos modos en estos tiempos que vivimos teoría crítica no nos falta. De lo que se trata, y este es el desafío, es de la construcción de los dispositivos que posibiliten una expresión de las subjetividades en curso. Conocemos a la sociedad en tanto objeto disciplinario, estructura institucional, pero de lo que se trata es de lo social no reducible, de las formaciones variables, de las formaciones

cruzadas con relativa independencia entre ellas que están presentes en las inconmensurables historias de vida cotidiana, en las diferentes instituciones, en las comunidades, en grupos, en espacios superpuestos. Pero si el poder, como decíamos, es regional o local, es un micropoder y si de esta característica él obtiene su eficacia, ¿no será justamente allí donde este debe ser resistido? ¿No será en la creación de contrapoderes localizados, en grupúsculos de resistencia, donde la vida podrá encontrar otras formas de subjetivación? Porque cuando el poder tiene como objeto a la vida, la vida deviene en resistencia al poder para poder seguir expresándose. Los argumentos psicoanalíticos que se apoyan por ejemplo para esas explicaciones, de una cierta inactividad o apatía de las instituciones ante esta situación de ajuste, muchas veces recurren a conflictos como el masoquismo primario, la intensificación de las tendencias al desligamiento de la pulsión de muerte, un malestar de la cultura más allá del necesario como pura represión. Pero todos estos corren el riesgo de preocuparse más en afirmar su propia perspectiva teórica, que en iluminar un campo y desarrollar un campo en que las nuevas situaciones contribuyan a la creación de procesos sociales novedosos. La producción, realidad inconsciente, y el estudio de ella debería dar cuenta de la gestación de dispositivos que propongan una expansión de la potencia de novedad que están trayendo los movimientos sociales emergentes.

Hay grupos de especialistas y de no especialistas que están cotidianamente construyendo sistemas de salud mental de base o comunitaria, que están juntos a las propuestas y a las acciones concretas dando elementos sobre la producción de la subjetividad social; no se trata de interpretar la dinámica psicosocial, sino de gestar dispositivos que den ocasión en la reflexión, en el caos y no a un intento prefabricado de organización. Construir una especie de punto gris, como quería Clint, ni blanco ni negro, nunca totalmente localizable ni organizado pero mantenedor de una potencia y de una capacidad de expresión en la propia incertidumbre. Hay cientos de iniciativas autogestivas en nuestro país. En el campo de la salud, programas de red popular de salud, grupos de atención primaria, programas de radio de adolescentes, autogestivos, que son parte de este social e irreductible, al que las maquinarias de control y disciplinamiento no consiguen llegar. La cuestión entonces es ¿cómo transformar un accidente, un acontecimiento en el lanzamiento de nuevas formas de expresión?

No se trata de suscitar actitudes de control ni de lamentación en relación a un accidente, sino la de propiciar la acción y reacción en la construcción de nuevos territorios. A nosotros, por ejemplo, nos toca una especial acción en relación al problema de las campañas del SIDA. El nos obliga, hoy, en las postrimerías del milenio a cuestionarnos sobre la vida, la muerte y la sexualidad. El concepto de grupos de riesgo no ha servido más que para legitimar acciones de control y de exclusión social. Se termina fomentando la idea de inmortalidad para los puros,

y pareciera que ahora solamente los pecadores, como quería la iglesia medieval, son mortales por ser portadores o enfermos del SIDA y olvidándose, en una especie de imaginiería que crean estas campañas, que todos somos mortales, estamos o no infectados.

Pero como decíamos antes, esta fomentación de la cultura del miedo, esta fomentación, por ejemplo en el caso de esta enfermedad, que tiende a legitimar las acciones de control, acaba propiciando lo que es un objetivo en estas campañas que es una fomentación del individualismo, pero al mismo tiempo la propia existencia de esta enfermedad ha tenido que poner en acto nuevas maneras de expresión y nuevos modos de solidaridad y ha tenido que inventarse, sobretodo entre los jóvenes, nuevas formas de relaciones, que hasta antes desconocíamos. Entonces, en un acontecimiento está tanto la efectuación de un poder dominante y al mismo tiempo la invención posible de la contraefectuación de este poder, a través de la creación de otra diversidad en el contacto entre los cuerpos y de nuevos espacios de solidaridad.

Tal vez estos cuerpos, estos nuevos espacios, no estarán marcados por los modelos que las llamadas fuerzas o movimientos progresistas o de izquierda portaban como ideologías. Hemos visto a los estudiantes de secundario llevar por la calle del brazo a sus padres en defensa de principios, que los sindicatos y los partidos no entienden bien. Y por eso intentan capturar. Es urgente crear una nueva mirada micro de las subjetividades en formación. Esta cuestión nos interesa especialmente porque sabemos que es imposible la recreación de una vida psíquica, de una temporalidad, de un sentido, si el futuro se nos presenta incapaz de reparar las injusticias del presente. Esto es así para el niño en relación a la dominación y al poder familiar y para un adulto, de ser así lo dejará relegado a un sentimiento de enormidad infantil ante las instituciones que este modelo de ajuste posibilita. Por eso entonces, siguiendo como podríamos seguir con Carlos Drummond de Andrade, y Loureiro que lo debe conocer mejor, me va a corregir si la poesía no era más o menos así: "Del ajuste podríamos decir, una piedra en el camino, una piedra...una piedra...una piedra." (*Aplausos*).

Marcelo Colombo: Como en las mejores tradiciones televisivas el cura habla al final (*risas*) así que voy a decir unas palabritas que quieren ser palabras de esperanza y hacerme eco también de los oradores precedentes que me estimula a recrear desde mi cristianismo estas convicciones. En primer lugar les traigo el saludo y la voluntad de estar entre nosotros, aunque más no sea a través mío de Monseñor Novak (*aplausos*), que en estos 16 años de obispo ha sido de una presencia realmente luminosa en el marco de la vida de la iglesia, de las instituciones, aun cuando lamentamos muchas veces que sea una presencia minoritaria, una voz aislada.

La zona nuestra de la que venimos o representamos pertenece a ese complejo entramado de vida, esperanza y frustración que es el Gran Buenos Aires. El conurbano bonaerense con 1.200.000 habitantes de nuestra zona es sintomático porque muestra las cosas que se anidan en el corazón de nuestro pueblo en este tiempo y escuchando los lenguajes, los códigos y las expresiones de los panelistas precedentes me fascinaba ver las perspectivas, los ángulos desde las cuales el hombre, el pueblo, las estructuras pueden ser visualizadas. En el caso mío no va a ser una palabra técnica, no soy técnico, aun cuando estudie para abogado, la mía es una palabra más que nada de pastor. Yo soy sacerdote de una zona del Gran Buenos Aires, bastante mezclada con los contrastes y las variedades que sabemos. En ese sentido puedo hablarles del hombre que viene a vernos a nosotros, el hombre, la mujer, la familia que conocemos.

Por allí decían recién que la variable de ajuste del plan Cavallo era los sueldos, los salarios, y estoy de acuerdo, y también mirando un poquito más lejos me permito pensar la variable de ajuste pensadas en términos del hombre como lo que se quiebra, como el hombre afectado profundamente en su quicio, en su hondura. En ese sentido este hombre que se nos vende, que consumimos, que se nos propone como modelo es totalmente distinto al que aspiramos los que somos cristianos y todos los que tiene una aspiración humanista, es decir este hombre consumista, hedonista, individualista, este hombre que aspira pisotear al de más abajo, no nos satisface, no nos resulta viable, no hemos sido creados para eso ni aspiramos, en todo caso a ser hombres así.

El ajuste que nos toca hoy encarar, del cual hemos hablado, hoy nos duele económicamente, pero nos ha dolido antes, ética e ideológicamente. Es decir, los años anteriores, los períodos anteriores nos han ido viendo retroceder, cada vez en forma más creciente respecto a conceptos y valores que son intransferibles, indelegables, no se pueden vender, no se pueden transar. El ajuste ético e ideológico del que les hablo ha permitido que hoy mucha gente acepte sin más estas recetas, esta economía. Yo pertenezco a una generación que carga los 30 años y un poquito encima y a muchos de ustedes los veo y me identifico en la edad y en las aspiraciones, sabemos, cuando despertábamos a la juventud, adónde nos llevó esta panacea de la plata dulce, del dinero que parece fresco, del dólar estable que hemos experimentado desde la juventud y hoy lo volvemos a visualizar y a sentir, por eso me resultaba un honor expresar como iglesia, desde mi juventud, esta sensibilidad, este miedo y este vértigo a la panacea, a la utopía del neocapitalismo.

¿Qué sentimos en nuestros grupos en nuestras iglesias? Uno podría transmitirles que hay una falta de debate. Se aceptan las pautas, se aceptan las recetas, no se discute. En general, en todo caso, en los grupos hay un regreso a las propuestas más viejas. Han decaído los grandes ideales. No hace mucho en una de

esas grandes fiestas juveniles, concentración de toda la noche, que me tocaba acompañar de algún modo como sacerdote, me sorprendía el grado de inmovilidad en la propuesta. Yo decía adónde habían quedado los grandes ideales de la década de 1960-1970 en materia también de búsqueda religiosa.

Esta falta de debate, esta falta de discusión, esta necesidad de la receta, de la autoridad, de la propuesta que cierre por parte de la autoridad, también la vemos en los conflictos que aparecen con las personas que se dejan seducir por las sectas. Este es otro tema que habría que estudiar. No bastaría pensar en el origen norteamericano de los fondos, en la propuesta imperialista de dividir para reinar, etc., sino que habría que pensar qué psicología, qué plano humano sirve de plató para que se interiorice este proyecto. Este proyecto individualista, casi mágico, que necesita un dios castigador, un dios malo, un dios cruel al que hay que claudicar para ser feliz.

En ese sentido, nosotros como iglesia local, como Obispado de Quilmes hemos encarado respuestas integradoras que no son fáciles. Hemos también querido satisfacer la necesidad de promoción humana como punto de partida para cualquier anuncio del Evangelio. Esto no ha sido fácil, ha ganado la incompreensión muchas veces. La falta de visión de los sectores incluso al interior de la Iglesia Católica. En algunos aspectos hemos vivido momentos de cerrazón, como que la experiencia se nos iba haciendo muy dura, muy difícil. Tenemos el caso de muchos sacerdotes que se hacen cargo de áreas de trabajo con la minoridad y este trabajo es un trabajo altamente riesgoso en la hora presente, porque está muy fragmentado el tipo de servicio, porque hay muchas recetas, porque hay propuestas y porque también se le hace muy difícil hacerlo solo al sacerdote, desde su plano meramente espiritual. Por eso, una de las propuestas que me gustaría dejarles hoy es la necesidad de perdernos el miedo, de desalentar todo tipo de desconfianza entre las ciencias y este plano tan hondo de la comprensión del hombre y que es el plano de la religioso.

Creo que no es hora para desconfianza, creo que hay que vencer el desaliento y para eso hay que ponernos unos a otros el hombro, entendernos, captarnos, tratar de percibir qué es lo hondo que le propone al hombre esta o aquella ciencia y también entusiasrnos con un modelo integrador, que ponga al hombre como clave de comprensión para después empezar a andar caminos quizás distintos pero que no tengan al hombre como clave de ajuste, como víctima sino por el contrario como protagonista, como sujeto llamado a ser feliz, no una pasión inútil, no una pasión sufriente. La iglesia local de Quilmes, a la cual pertenezco, también forma parte del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos que ha tenido una trayectoria interesante en este movimiento de memoria y de rescate de los que hemos vivido para preservar la vida humana. En un encuentro de mayo del año 1991 las iglesias que constituyen el Movimiento Ecuménico, la Igle-

sia Metodista Argentina, la Iglesia Evangélica del Río de la Plata y algunas otras iglesias, proponían la necesidad desde el plano creyente, desde el plano del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos, acompañar con una presencia física y efectiva e impulsar el trabajo de los distintos sectores de los profesionales y en este sentido me hago también eco de los panelistas precedentes en la necesidad de fortalecer todo lo que sea realidad local, ayudar, sostener la esperanza de nuestras pequeñas comunidades y grupos. En ese plano la descentralización de los servicios, tratar de que en los barrios y en los distintos lugares allí donde haya instalaciones, donde haya posibilidades de servicios, nosotros creo que en eso hemos avanzado como iglesia, prestarlos desinteresada y efectivamente para concretar proyectos comunitarios de promoción humana en todos los aspectos. Nosotros en este sentido hemos tenido distintos trabajos. El aporte de la iglesia de Quilmes por ejemplo en su momento para planes o microemprendimientos para viviendas fue importante en nuestra zona. También en el área de la solidaridad, cuando a veces no hay tiempo para grandes debates teóricos, y con mucho miedo al asistencialismo, debemos trabajar en algunos aspectos para dar de comer al que lo necesita. Es muy vasto el panorama, como sacerdote les puedo decir que es un rol que hay que conquistarlo de a poco porque no está preasignado, es un rol que está en conflicto con algunos aspectos de la sociedad moderna y que ama profundamente la sociedad moderna y entonces creo que hay que animarse al debate, al desafío. Yo como cura, como hombre de fe, estoy enamorado de la esperanza, creo que hay que tener esperanza y, es cierto esto, repito yo también, el ajuste es solo una piedra...una piedra...una piedra. (*Aplausos*).

Enrique Olarte: Bueno esperaríamos del auditorio que nos hagan llegar las preguntas y nos gustaría que nos aclaren también a quién van dirigidas. Vamos a tratar de desentrañar los grafismos.

Pregunta: Al doctor Berlinguer, sobre la transferencia de conductas. Uno de los ejemplos de transferencia de conducta del Norte al Sur trae como consecuencia, según la OMS, la muerte de 1.000.000 de niños de menos de un año de edad, principalmente en los países del Tercer Mundo, la conducta, la práctica a la que nos referimos es el uso del biberón, ya que esa práctica es hecha en nuestros países de forma indebida, esto es uso de agua contaminada, pocas cantidad del producto o condiciones de higiene inadecuadas. ¿Por qué hay tan poca discusión sobre el tema de la lactancia considerando la importancia de esa práctica? Postdata: el aviso en la televisión es insignificante frente al problema. Necesitamos discusión, debate.

Dr. Berlinguer: Es verdad que no hay un debate suficiente sobre este tema. No

sé si se **entendió bien**. El hecho es que la lactancia artificial fue muy difundida en los países desarrollados con condiciones de higiene relativamente buenas y con consecuencias **negativas** prevalentemente en el plano psicológico en las relaciones entre madre e hijo, transferida a países donde no hay condiciones de higiene suficiente provoca un nivel muy alto de mortalidad infantil, niveles muy altos de **enfermedades gastroentéricas** prevalentemente. En general hay una crítica a estos métodos y ha sido también una tendencia a acusar a las multinacionales lecheras de **genocidio** por el hecho que han impulsado este tipo de nutrición. Creo que **no es problema judicial**, es un problema prevalentemente cultural y político y creo que se debe hacer mucho más en favor de la lactancia materna en todos los países y en particular en los países que no tiene condiciones de higiene suficiente.

Pregunta: ¿Por qué los dirigentes de partidos políticos están sin respuestas a lo que está pasando pese a que cada día se vive peor, y si es que están esperando el resultado del caos social?

Dr. Escudero: Yo tengo algo así como tres comentarios sobre esto. Primero, los dirigentes de partidos políticos no reflejan el poder real de la Argentina que quede clarito, el poder de la Argentina pasa por otro lado. Los trabajos de Susana Belmontino cuando caracteriza los modelos de salud en la Argentina dice: bueno hubo un modelo peronista, hubo un modelo desarrollista y un modelo militar. Susana Torrado esta diciendo cosas muy parecidas ahora. El modelo militar que Susana Torrado llama la apertura económica argentina, conseguida en parte con el genocidio, se puso en práctica a partir de 1976 y ha seguido hasta ahora, lo siguió más o menos Alfonsín y lo sigue con entusiasmo Menem. Así que el poder real de la Argentina se refleja a través de estos grandes modelos sociales de los cuales los partidos políticos son, por ahí, un epifenómeno, bueno o malo pero epifenómeno. Saben que se vive peor. Yo tengo bastante trato con diferentes formaciones contestatarias y una cosa que a mí me impacta es que el planteo crítico de la sociedad argentina tiene un nivel de abstracción tan grande que da lo mismo para criticar salud que para criticar el funcionamiento de los ascensores. Digamos, es una especie de planteo teórico a tal nivel de abstracción, de cliché o de lugar común que no plantea los temas concretos de cuestionamiento en salud. En ese sentido la **pobreza intelectual** de los partidos políticos en salud de la Argentina es muchísimo mayor que la de Brasil por ejemplo, donde eso se ha desarrollado muchísimo más. Este sería otro ingrediente para hablar de esta impotencia de los partidos políticos. Acá hay una referencia a que por ahí están esperando a que venga un **caos social**, vieron que está de moda ahora la teoría del caos, de como un comportamiento inicial ligeramente diferente puede generar una crista-

lización completamente diferente, y realmente la gente que sigue pensando que de lo peor puede surgir lo mejor, más bien que se desentienda. Por ahí de lo peor de una situación social puede surgir lo peorísimo, ojo con esto. Estos son mis tres comentarios.

Pregunta: ¿Es la tasa de mortalidad infantil un índice confiable del desarrollo hoy y si no lo es, cuáles son los índices de salud más confiables y porqué?

Dr. Escudero: Bueno, tasa de mortalidad infantil, se suele decir ahora, la nueva sabiduría convencional, que la tasa de mortalidad infantil deja de reflejar los fenómenos sociales porque está bajando claramente. Yo diría sí y no. La forma en que el ajuste se lleva a la práctica en Chile, que es una forma ordenada y eficiente con un Estado mucho menos corrupto que el Estado argentino, Chile es un modelito de Estado deseable comparado con el lumpen-gobierno que tenemos nosotros y, que me corrijan los chilenos, creo que Chile tiene 15 de mortalidad infantil y Argentina tiene 25, así que, ojo, sigue siendo indicador. Una cosa ordenada y eficientemente llevada a cabo y el lumpenismo argentino por otro lado. Pero en cuanto no lo es, y estamos llegando a lo que dijo Giovanni, niveles bajísimos de mortalidad infantil en muchos lados, que eran impensables hace treinta años, tenemos que pensar en indicadores de otro tipo, sobre todo lo que tiene que ver con la somatometría, con el crecimiento corporal, el peso al nacer, las hemoglobinas, tenemos una gran prevalencia de anemias por desnutrición, entonces es algo así como midamos hemoglobina, midamos estos parámetros biológicos que son del Homo Sapiens y que éstos sean los nuevos indicadores de funcionamiento social, además de no despreciar los tradicionales como mortalidad infantil.

Enrique Olarte: Bueno, aquí me hacen llegar una curiosidad más que una pregunta que es difícil de interpretar cuando no es uno quien elabora el texto, pero bueno tiene que ver con los espárragos que antes hacía mención, así que te lo paso un poquito José Carlos Escudero...

José Carlos Escudero: ..esto era para Berlinguer...

Giovanni Berlinguer: No soy solo especialista en espárragos. *(Risas)*.

José Carlos Escudero: Por ejemplo, cuando hablaba Santos Depine a mí se me ocurrió una cosa, después le paso el micrófono a Giovanni. Hay cosas paradójales. Perú vive exportando alimento hacia Europa, que es paradójal aparentemente porque en Perú hay mucha desnutrición y en Europa no hay desnutrición, pero

así funciona la lógica capitalista mundial. Si la epidemia de cólera hace que los países europeos dejen de comprar pescado peruano, la epidemia de cólera mejora la nutrición del Perú, pues dejan de vender el pescado y se lo tienen que comer ellos, digamos eso es estrictamente cierto y hay que jugar con estas categorías. Esta integración fenomenal del mercado mundial, que hace que los países pobres exporten capital y exporten energía nutricional a los países ricos, es la lógica económica y la perversión social, así es que por ahí lo que corta esta lógica perversa que puede ser una epidemia de cólera es bienvenido para el nivel de salud del país que deja de exportar. Lo que yo solía decir más o menos demagógicamente hace un par de años, cuando con Alfonsín uno pensaba que Argentina se estaba peleando un poquito con Estados Unidos es que si la flota norteamericana bloquea el Río de la Plata, la nutrición argentina mejora. (*Risas*).

Enrique Olarte: Bueno, si no hay más preguntas, yo, viendo por ahí lo austero que fue en su exposición el doctor Berlinguer, propondría su comentario sobre el desarrollo de todas las ponencias y ampliar algunos conceptos que seguramente dejó guardados en su presentación inicial ¿podría ser?

Giovanni Berlinguer: ... no, no puede ser, yo no dejé guardado nada (*risas*). No estoy listo a hablar sin preparación y tenemos por otro lado otra mesa redonda, el jueves, donde podremos desarrollar otros puntos que no fueron profundizados hoy, incluyendo el punto fundamental de Sebastião, el problema de la ética. No de la ética entre profesionales y pacientes, que es un problema tradicional aunque tenga nuevos aspectos, sino la ética de las relaciones entre categorías profesionales en su conjunto y población y si puedo hacer un punto de reflexión es el hecho de que estos movimientos que se van desarrollando en diferentes países de América Latina, que tiene un enorme impacto en Brasil y que empiezan a ser movimientos de gran amplitud en Argentina y en otros países pueden tener un éxito importante si contemporáneamente hay movimientos populares en la misma dirección, y creo que uno de los problemas más complejos es de cómo se puede ver estimular y conectar estos movimientos. Esto es mas una pregunta que una afirmación.

Enrique Olarte: Bueno, si ninguno de los panelistas desea ampliar algo más damos por cerrada la mesa. (*Aplausos*).

SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD

Mesa redonda

COORDINADOR

Mario Hamilton, FIOCRUZ

PANELISTAS

Carlos Casinelli, ATE Nacional

Marcela Durrieu, diputada nacional, secretaria de la Comisión de Salud de Diputados de la Nación

Horacio Lores, ministro de Salud y Acción Social del Neuquén

Alberto Mazza, secretario de Salud de la Nación (no concurrió)

Liliana Saligari, presidente de la Asociación de Profesionales del Htal. Posadas de la provincia de Buenos Aires, Prejornadas de APS

Comisión Organizadora: (...) damos comienzo a las actividades del segundo día de las Sextas Jornadas de Atención Primaria de Salud y Terceras de Medicina Social.

Antes de dar comienzo a la mesa vamos a agradecer la presencia del secretario de Salud de Posadas, Dr. Eduardo Vasiliades, y al secretario Municipal de Salud de San Pablo, Carlos Alberto Pletz Neder, quien ha venido acompañado de una importante delegación de San Pablo.

A continuación, la mesa titulada "Situación actual y perspectivas de nuestro sistema de salud", coordinada por Mario Hamilton.

Mario Hamilton: Bueno, vamos a comenzar por comentar primero, como es de praxis,... Yo quiero agradecer la invitación de la comisión coordinadora por permitirme participar en estas jornadas, las Jornadas de Atención Primaria. Seré muy breve.

Soy Mario Hamilton, argentino, profesor de planificación de la Escuela Nacional de Salud de Río de Janeiro. Breve presentación.

Integran la mesa, a mi derecha -siempre orden de precedencia para lo femenino, la simpatía y la belleza-, Marcela Durricu, médica sanitarista, diputada nacional y secretaria de la Comisión de Salud de la Cámara.

Al lado de Marcela, Casinelli, Carlos Casinelli, que es el coordinador nacional del área de salud de ATE. Y a mi izquierda, sin ninguna connotación ni ideológica ni política, el doctor Horacio Lores, ministro de Salud de la provincia de Neuquén.

El orden no es ese el que vamos a presentar, yo le voy a pedir la palabra primero a Lores, después a Carlos Casinelli y -por último- a Marcela. Vamos a darles 20 minutos como máximo, pero como estamos en período de flexibilización vamos a dar alguna flexibilidad en esos 20 minutos. Después vamos a abrir -como es regla del seminario- a preguntas por escrito. Y en el caso que haya necesidad o interés de participar, vamos a franquear, abrir el micrófono para otro tipo de participaciones. Entonces, sin hablar mucho más, Horacio, tu tiempo.

Horacio Lores: Bueno, buenos días. En esta primera intervención yo voy a hacer una referencia, lógicamente, a mi ámbito de trabajo y competencia, que es la provincia de Neuquén, lugar en el cual vivo desde hace 27 años, y en el cual me he formado primero como médico rural, luego como médico sanitarista y luego, a través de alguna incursión política, a llegar a ocupar algún cargo de esta naturaleza, como el que tengo en este momento de ministro, y además el de haber sido subsecretario de Salud de la provincia en el período 1983-1987.

De modo tal que me parece importante, antes de hablar de la problemática actual de los sistemas de salud y de las perspectivas futuras, hacer una muy breve reseña histórica de qué es lo que pasó en Neuquén con su sistema de salud, que muchos de ustedes habrán conocido por haber estado en la provincia o por haber tenido referencias en cuanto a que en Neuquén había un hecho relativamente curioso, que en años de decadencia de la salud en muchas jurisdicciones de la República Argentina, en la provincia de Neuquén, a pesar de los cambios de gobierno, del pendulismo permanente entre gobiernos militares y civiles y de otro tipo de dificultades, se mantenía un sistema de salud que configuraba -digamos así- cierta rareza dentro del contexto del país.

Y a pesar de los cambios, ese sistema de salud tenía continuidad y mantenía bastante firme las estructuras que desde finales de la década del sesenta, principios de la década del setenta,

Yo digo siempre que la única virtud que tuvo la provincia de Neuquén fue llevar a la práctica, aplicar en estas cuestiones de salud, muchas de las cosas que a fines de la década del sesenta se enseñaban en prácticamente todas las escuelas de salud pública.

Es decir, había un cuerpo doctrinario y de principios administrativos que se

enseñaban muy claramente, que aparentemente eran de muy fácil aplicación, sobre todo en un momento en que los sistemas de salud eran bastante cerrados y tenían pocas influencias externas que intervinieran en su organización y funcionamiento.

Y así fue como, tomando como base esos principios doctrinarios y administrativos, partiendo de una decisión política importante de llevar adelante como prioridad fundamental dentro de las políticas de gobierno a la salud, hecho que se tradujo en la asignación de buenos presupuestos que anualmente tenía la provincia para asignar a la atención de la salud, constituyendo grupos de nivel técnico muy sólidos, respaldados por una trayectoria, por una importante capacitación y por un gran compromiso con este proceso de transformación de la atención de la salud, en una provincia que venía, que estaba saliendo de una etapa de subdesarrollo muy crítico, con altas tasas de pobreza, con tasas de mortalidad infantil que superaban largamente el 100 por mil, con servicios aislados, que hasta pocos años atrás habían pertenecido a la Nación y que estaban siendo transferidos a la provincia, servicios muy cerrados, muy asistenciales, prácticamente sin ninguna inserción en la comunidad.

A partir de entonces, digamos de 1970, se estructura un nuevo sistema, tomando como base esos principios doctrinarios y administrativos que eran el paradigma de la salud pública por esos años.

Entre los principios doctrinarios fundamentales establecidos o sustentados en una firme decisión política estaba el de aceptar realmente que la salud era un derecho de todos los habitantes, y que el Estado tenía que garantizar ese derecho. Esto lo hemos dicho muchas veces, pero muchas veces hemos comprobado también que, en la práctica, esto no ocurría.

Para que el Estado pudiera realmente garantizar ese derecho a la salud de la población debía cumplir un rol muy importante, que superaba el de mero ejecutor de acciones de salud, sino que realmente debía asumir su condición de conductor, de coordinador, de director general de un sistema que, además, estaba integrado también por el subsector privado y el subsector de las obras sociales.

El otro principio doctrinario de esos años era el tema de la accesibilidad irrestricta a los servicios de salud por parte de toda la población, con un criterio igualitario. Es decir, prácticamente todo el mundo tenía el mismo nivel de derecho a la salud, sin tener en cuenta sus condiciones sociales, económicas, etc.

Partiendo de esa base doctrinaria, se aplicaron los principios administrativos, que yo simplemente los voy a mencionar porque no es tema de esta mesa analizar en profundidad esta cuestión, pero me parece importante citarlos porque todavía hoy, en la situación actual de nuestros sistemas de salud, siguen teniendo vigencia. Y muchos sistemas en nuestro país no han funcionado porque no han sido capaces de implementar estos principios administrativos que, aparentemen-

te, eran tan sencillos, pero difíciles de llevar a la práctica.

El principio de la regionalización, el principio de la organización de una red de servicios según niveles de complejidad, con mecanismos muy claros de interrelaciones y de referencias y contrarreferencias, la asignación de áreas programáticas a cada hospital en función del criterio de accesibilidad a los servicios, para que cada hospital o cada efector de salud tuviese un área perfectamente delimitada donde llevar adelante sus acciones, el establecimiento de regímenes laborales de horario prolongado y -en forma muy particular- la dedicación exclusiva de los médicos, en primer lugar, y luego esto se extendió a otros profesionales del sistema.

Esto, para nosotros, ha sido uno de los pilares de nuestro sistema. Se ha mantenido a lo largo de los años y todavía hoy, a pesar de las dificultades económicas, del crecimiento de la provincia, del crecimiento de los servicios, etc., mantenemos aproximadamente un 70-75% de profesionales que trabajan con dedicación exclusiva al sector público de salud. Es uno de los pilares del sistema de salud de Neuquén.

El establecer prioridades en función de la magnitud, de la vulnerabilidad, de los problemas de salud para concentrar en el abordaje de esas prioridades la mayor cantidad de recursos y, finalmente, el programar racionalmente las actividades tanto de atención médica como de saneamiento ambiental para poder llevar adelante estas actividades en cada uno de los efectores.

Insisto en que estos principios, enunciados así muy sencillos, se enseñaban en ese tiempo en todas las escuelas de salud pública, pero yo creo que el mérito más grande de quienes conducían el sistema de salud de la provincia en esos años fue el de haberlos interpretado, el de haberlos adecuado a la realidad que presentaba la provincia en ese momento -estamos hablando de hace más de 20 años- y el de haberlos llevado a la práctica. Yo creo que este es el valor más importante.

Posteriormente, por supuesto, el sistema creció, se desarrolló, se hizo más complejo. Aparecieron programas de capacitación muy importantes: Neuquén fue una de las primeras provincias argentinas que logró reconvertir el 100% de su personal empírico de enfermería, con niveles de auxiliares e incorporando también enfermeras profesionales, cosa que se logró, aproximadamente, en el año 1975. A partir de ahí ya no hubo personal empírico, y se creó también una residencia en medicina general en el año 1974, que fue una de las primeras residencias que tuvo el país, y que se fue consolidando a lo largo de los años, fue un programa de capacitación sumamente importante, que hoy todavía tiene plena vigencia, y hay aquí presentes algunas personas que han llegado a Neuquén con esa residencia y se quedaron trabajando en la provincia a partir de esa residencia en medicina general.

Una de las características que tiene esta residencia es que tiene salida laboral, es decir que la persona que cursa con regularidad el programa de capacitación, lo termina, lo aprueba, se queda trabajando dentro del sistema de salud de Neuquén.

Entonces, estructurado de esta manera, el sistema funcionó bien durante muchos años. Siempre tuvo apoyo político de los distintos gobiernos que hubo en la provincia, siempre tuvo buenos presupuestos, que le permitieron seguir adelante a lo largo de todos estos años.

Si tenemos que tratar de resumir -a mi modo de ver- cuál es la problemática actual del sistema de salud de Neuquén, yo diría que es la problemática que tienen los sistemas formados por una serie de recursos humanos, físicos, materiales, configurados de determinada manera para prestar a la población servicios personales y no personales cuando pasan de un período cerrado, digamos, a un período más abierto, en el cual son susceptibles a una gran cantidad de influencias externas, y es sabido que los sistemas sociales en general y los sistemas de salud en particular tienen dificultades para adaptarse a este sistema de cambio, a esta mayor interrelación con la comunidad, a la mayor influencia que van teniendo diversos grupos de poder en el ámbito democrático y en el ámbito de participación que tiene la Argentina en estos últimos años.

Hay también una mayor exigencia de la comunidad en términos de demanda y de mejor calidad de la atención, se viven en el país momentos de tensiones políticas y sociales muy importantes, que generan inestabilidad, frecuentes cambios de conducciones. Los cambios de conducción política siempre tienen como consecuencia el desmembramiento de grupos técnicos sólidos, que -a lo mejor- se venían constituyendo a lo largo de los años.

Yo siempre pongo un ejemplo. En los nueve años de gobierno democrático que lleva el país, la Nación ha tenido diez ministros de salud pública, cada ministro cambió, por supuesto, a los secretarios, los secretarios cambiaron a los grupos técnicos, etc.

Entonces, en ese tipo de situaciones de inestabilidad política sectorial tan manifiesta, es muy difícil que los sistemas se adapten a estas nuevas presiones, demandas, exigencias de la comunidad, y se va ampliando cada vez más esa brecha entre servicios que tienen que estar bien organizados para satisfacer esta creciente demanda y para que la comunidad realmente tenga un grado adecuado de satisfacción con los servicios que está recibiendo.

Y, a todo esto se suma, en los últimos años, el tema del ajuste económico, al cual las provincias están obligadamente subordinadas porque la mayoría de los recursos que tienen las provincias provienen del Estado nacional a través de mecanismos de coparticipación federal, de regalías, etc. Y cuando las canillas se van cerrando, las provincias no tienen más remedio que aplicar el ajuste.

Entonces llega el momento de establecer con mayor precisión y con mayor urgencia, con mayor necesidad, las prioridades de atención. Pero las prioridades para qué son: para manejar los pocos recursos que se tienen.

Uno de los dilemas que tenemos en este momento en la provincia es que, si bien la salud es una prioridad declarada y declamada por el actual gobierno, los recursos que se tienen para realizar acciones -aun dentro de ese marco de prioridad- son muy pocos, y generan entonces una gran cantidad de dificultades.

Entonces, yo creo que a partir de esta somera descripción de la historia del sistema de salud de Neuquén, creado o puesto en marcha a partir del año 1970 y la situación actual, uno debe plantearse cuál es la perspectiva futura de un sistema de este tipo, cuáles son las posibilidades que tiene de sobrevivir el sector público manejando con mucha presencia y con la mayor cantidad posible de recursos la atención de la salud de la población en un marco que se plantea, a nivel nacional y comparando con otras provincias, como bastante confuso, porque hay distintas líneas políticas que se están poniendo en práctica en el país y que van generando determinados grados de incertidumbre.

Se habla, por ejemplo, de privatizaciones, se habla de transferencia de servicios al personal bajo distintos mecanismos de concesión, de formación de sociedades anónimas, etc.

Entonces surge la necesidad de reafirmar una vez más, por lo menos así lo ha hecho la provincia de Neuquén, aquellos viejos principios doctrinarios que sustentaron la organización y el funcionamiento de este sistema. El Estado tiene que seguir siendo el garante de la salud de la población y el Estado tiene que ejercer la conducción y la coordinación general del sistema de salud.

Tenemos que aplicar nuevos enfoques. Ya no podemos hablar hoy en día como hablábamos en la década del setenta de atención médica gratuita, igualitaria para toda la población, porque teníamos realmente muchos recursos y así lo podíamos hacer. Hoy tenemos que pensar en nuevos enfoques, en nuevas estrategias para hacer viable este sistema de salud.

Entonces, tenemos que hablar del enfoque de riesgo, es decir, darles más a los que menos tienen, que en última instancia es la base de la justicia social, la base de la equidad. En vez de igualdad, tenemos que hablar de equidad.

Esto también trae complejos problemas, dificultades, porque no es fácil establecer a quién le tenemos que dar servicios, a quién le tenemos que dar recursos y a quién, por ahí por su situación socioeconómica, tenemos que darles un poco menos.

El enfoque de riesgo, bien aplicado, permite estratificar a la población según algunas de sus características sociales y económicas, pero esto lleva su tiempo y hoy en general las urgencias son muy grandes, las presiones también lo son, y a veces se hace difícil, digamos, obtener el consenso necesario de los diferentes

grupos que intervienen en la problemática de la salud en cuanto a la utilización correcta de los recursos.

Hay una obligación también propia del sistema. De quienes conducen y de quienes trabajan técnicamente dentro del sistema, de mejorar significativamente, en forma importante realmente, las condiciones de organización y de funcionamiento de los sistemas de salud.

Yo creo que es mucho lo que se puede hacer todavía desde adentro, haciendo abstracción del ajuste, de los grupos de presión, de los problemas que vienen un poco de afuera. Yo creo que se puede mejorar la organización, se puede aumentar la eficiencia, se puede racionalizar mucho más de lo que tenemos en este momento, el uso de los recursos.

Es necesario también que tengamos una actitud positiva hacia la evaluación de los servicios de salud, cosa que en los últimos años también ha sido dejada de lado. Yo creo que tenemos que detenernos un poco y analizar si lo que estamos haciendo está produciendo los resultados que esperamos en función, por supuesto, de metas preestablecidas. Tenemos que evaluar la calidad de los servicios que estamos brindándole a la población, tenemos que evaluar el problema de los costos, que hoy en día generan una necesidad muy grande de recursos que deben ser aportados al sistema para dar respuesta a esta creciente demanda de la que habíamos recientemente.

Y tenemos que evaluar también el grado de satisfacción que tiene la comunidad por los servicios que nosotros le estamos brindando.

Hay otros aspectos que podríamos analizar, pero yo creo que estoy cumpliendo mi tiempo, y posteriormente podríamos en el debate profundizar un poco más en este tema, pero querría referirme a dos o tres cositas más.

Una es la necesidad de efectuar investigaciones epidemiológicas que permitan conocer realmente cuál es la situación de salud de la población que tenemos en nuestro ámbito de acción y cuáles son las tendencias de esa situación de salud, porque estamos trabajando muy a los apurones, respondiendo mucho a la coyuntura y muy poco a cuestiones previamente elaboradas, con una mayor racionalidad.

Tenemos que poner énfasis en dos estrategias que son -a mi entender- sumamente importantes para mejorar la organización y funcionamiento de nuestros servicios, que son la descentralización de los servicios de salud y la participación social. De esta manera nosotros podremos realmente crear un espacio de mayor racionalidad y de mayor participación local que, indudablemente, va a beneficiar, por las características de esta época, por la necesidad imperiosa de participación que tiene la gente, por la obligación de manejar mejor los recursos disponibles, va a generar indudablemente mejores condiciones para el funcionamiento de nuestros sistemas de salud.

En síntesis, yo diría que nuestro sistema de salud sigue teniendo plena vigencia, sigue estando sustentado en los principios doctrinarios y administrativos que le dieron origen, seguimos teniendo un porcentaje muy alto de profesionales con dedicación exclusiva a pesar de las dificultades que tiene la provincia para pagar los sueldos mes a mes de la administración pública, dentro de la precariedad de recursos está tratando de asignarle una prioridad importante al manejo de la salud, y tenemos que transitar todo este camino de dificultades que hemos mencionado para que bueno, cuando las cosas mejoren, nuestro sistema esté fortalecido, mejorado y que, en última instancia, brinde cada vez servicios, en cantidad y en calidad, mejores para nuestra población. (*Aplausos*).

Mario Hamilton: Se acaba de incorporar a la mesa la doctora Liliana Saligari, presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital Posadas de la provincia de Buenos Aires, a quien ya le voy a pasar el uso de la palabra.

Liliana Saligari: Bueno, en primer lugar y antes que nada, agradecer a los organizadores de las jornadas muy especialmente el hecho de haber invitado a una organización como la nuestra y también manifestar que, con bastante orgullo, estoy en este ámbito representando a una asociación de profesionales de un hospital público.

Como la temática de estas jornadas intentaba abordar la problemática diaria desde lo cotidiano, a mi me pareció que quizás podríamos conversar un poco sobre la realidad de lo que es el hospital público más allá que acercar datos, cifras o elementos teóricos, contando un poco la historia del hospital y lo que vino pasando desde los últimos años con respecto a su financiamiento y a la influencia que esto tuvo en su funcionamiento real, de todos los días.

Yo provengo de un hospital, que es el Hospital Posadas, que es un hospital público del conurbano bonaerense, cuya historia quizás refleje como la de pocos establecimientos los avatares de nuestra última historia más reciente. Un hospital que en los primeros años de la década del setenta era considerado modelo -entre comillas-, pionero de toda una nueva metodología y modalidad de atención, que empieza a abrir sus puertas y a elaborar todo su proyecto de atención en forma conjunta con la comunidad, con una dirección democrática que incorporaba a todos los sectores involucrados a la definición del perfil y a la definición de las políticas de salud del hospital y sostenido exclusivamente con fondos de Nación, con un financiamiento amplio y efectivo que permitía la reapertura de nuevos servicios, el equipamiento, el funcionamiento a pleno, y con salarios que permitían la dedicación exclusiva del personal que trabajaba dentro del hospital.

Esto hacía que la forma de funcionamiento de este hospital, abierto y profundamente enraizado en su comunidad, fuera bastante pionera y bastante efectiva

en aquellos años de la década del setenta.

En el año 1976 el hospital, acusado de ser el hospital de la subversión, fue ocupado militarmente por las fuerzas del ejército y por grupos parapoliciales y transformado, como todos ustedes saben, en un centro clandestino de represión y tortura. Como nosotros siempre decimos: un centro de vida se transformó en un centro de muerte.

Esto trajo aparejado el éxodo de cientos de compañeros, muchos de ellos detenidos, gran parte de ellos exiliados, y ocho de los cuales aún continúan desaparecidos. Esto trajo aparejado aparte desmantelamiento de muchísimos servicios, el cierre del hospital, que se transformó en una estructura completamente cerrada y al margen de la comunidad de la cual sobrevivía y, al mismo tiempo, trajo todo un recorte presupuestario que implicó que los salarios empezaran a descender, y que las camas públicas se empezaran a cerrar paulatinamente hasta llegar -en épocas de la dictadura militar- al arancelamiento del hospital.

Cuando comienza el proceso democrático, en la década del ochenta, el hospital lentamente vuelve a abrir sus puertas. Muchos de los compañeros cesanteados que estaban en el exilio o no, vuelven al hospital, y luego de una larguísima lucha se logra su reincorporación al hospital. Esto hace que las camas vuelvan a habilitarse y que el hospital poco a poco vuelva a abrirse y que, como todos decíamos en esa época, la ilusión volviera a crecer.

Los aranceles desaparecen, el presupuesto vuelve a fluir en forma bastante regular durante estos primeros años de reestructuración democrática. El centro clandestino de represión y tortura que funcionaba en el hospital se transforma en una escuela primaria adonde concurren los chicos de la gente que trabaja en el hospital. Se forma una comisión de derechos humanos, que realiza una profunda investigación de los hechos acaecidos durante la dictadura militar, que se lleva a la CONADEP, se atestigua en el juicio a las juntas, y todo esto viene acompañado al mismo tiempo con una nueva puesta en marcha o intento de puesta en marcha desde el mismo hospital.

Yo creo que ustedes sabrán disculparme si, bueno, esta exposición no se ciñe a aspectos técnicos o no contiene cifras, o datos quizás más objetivos, pero nos pareció que contar esto desde lo cotidiano podía ser una forma de acercar más a la realidad de todos los días.

Durante los primeros años de la democracia la marcha del hospital fue completamente errática. Descentralización sí, descentralización no. Mayor presupuesto, menor presupuesto, mejor presupuesto. Integración de una red asistencial o provincial de servicios asistenciales, definición de perfil y área programática. Fueron todos grandes enunciados sobre los que se trabajó mucho y sobre los que se avanzó realmente poco.

La realidad mostraba que el presupuesto era cada vez más exiguo y que las

camas cerradas no se volvían a abrir. Y la realidad demostraba también que los salarios hacían que el éxodo de los trabajadores fuera cada vez mayor.

Y hacia mediados del gobierno alfonsinista comienzan a aparecer las (...) alrededor de 500 camas, mantuvo al máximo su capacidad instalada, alrededor de 300 ó 350, muchas veces casi mendigando medicamentos e insumos esenciales.

Recordamos muchas veces servicios que llegaron hasta a organizar rifas entre sus profesionales o los padres, o los pacientes, o los familiares de los pacientes internados para poder comprar medicamentos e insumos esenciales.

Esto teniendo en cuenta que el hospital cuenta, por ejemplo, con una infraestructura de farmacia que le permitiría, si contara con las monodrogas, hacer el fraccionamiento hospitalario de las mismas, no sólo para sí mismo sino para todos los hospitales del conurbano, proyecto muchas veces presentado y sistemáticamente cajoneado, así como las ilusiones de la fabricación del pan en la cocina del hospital, que podría autoabastecer a todo el hospital y también a los hospitales de la zona. O la posibilidad de hacer cultivo de vegetales para autoabastecimiento también del hospital y de los hospitales de la zona en los terrenos del hospital, proyectos que muchas veces intentaron ponerse en práctica pero que jamás fueron atendidos.

Decíamos que a pesar de todo el hospital no bajó los brazos, y siguió sosteniendo fundamentalmente por el esfuerzo y la lucha de parte de su recurso humano, que seguía reclamando el presupuesto necesario. Llegamos así a los terribles meses de 1989 y los procesos hiperinflacionarios, donde quedó demostrado, cuando se cayeron -sin ningún lugar a duda- todos los otros prestadores de salud, que el hospital público, con todas sus falencias, fue el único capaz de acudir a las necesidades de la población en esas épocas de mayor crisis y desasosiego de la forma más solidaria que le fue posible.

Las nuevas y sucesivas administraciones en salud del gobierno actual, que fueron las ejecutoras de las políticas de ajuste en el terreno de salud, han llevado al hospital hoy a casi su mínima expresión. Los primeros planteos de estas administraciones se refirieron fundamentalmente a la búsqueda de formas alternativas de financiamiento.

Siempre enunciando que el Estado no va a renunciar a su indelegable obligación a acudir al sostén de la salud de la población, poco a poco el Estado ha empezado a desentenderse, o se ha desentendido prácticamente del financiamiento del sistema público.

Otra vez aparece la facturación de las prestaciones a las obras sociales como la panacea, pero siempre previo a la instalación de un sistema computarizado de facturación privatizado a cargo del Banco Mundial.

También bajo esta gestión empieza la privatización de las áreas periféricas, como limpieza, cocina, mantenimiento. Y se habla de que todas las áreas que no

puedan ser recuperadas con recursos genuinos van a ser privatizadas. Existe actualmente el proyecto de iniciar la privatización de las áreas de exámenes complementarios, fundamentalmente aquellas que generan más lucro por mayor inversión en tecnología, como pueden ser rayos y laboratorio.

Y finalmente, el proyecto de privatización de las áreas de atención médica. Paulatinamente, concomitantemente con esto, se comienzan a cerrar cada vez más camas "por falta de enfermería". El hospital funciona, en los dos últimos años, con solamente 120 a 150 camas, y no hace falta que yo describa en este ámbito las consecuencias que esto acarrea. No hace falta, por supuesto, que ninguno de nosotros describa, porque todos nos imaginamos, las condiciones de trabajo a las que estamos sometidos y la calidad de atención que muchas veces se brinda. No hace falta describir las colas, las esperas de más de 12 meses por un turno de cirugía, los pacientes estacionados en la guardia por no tener dónde internarse, las parturientas en teóricas salas de autocuidado, las camas muchas veces abiertas a la fuerza por la presión de la demanda.

Sin embargo, y a pesar de todo, el hospital sigue dando respuestas, y aún conserva servicios ilustres y pioneros en el país por su nivel científico y humano.

Paradójicamente, o tal vez no tanto, y ya que de financiamiento hablamos, el presupuesto de Nación para el hospital en los últimos dos años se elevó a más del doble de lo que recibía antes. Por supuesto que este dinero no se utilizó en salarios para el personal ni en reapertura de camas para la comunidad. Se encararon obras de remodelamiento edilicio postergadas durante lustros, se pusieron en funcionamiento los ascensores, se arreglaron casi todos los baños, se construyó una hermosísima y moderna terapia intermedia de adultos que jamás fue habilitada -como el modernísimo servicio de hemodinamia-, se construyó la nueva, moderna y funcional guardia de adultos, que por un error menor en el diseño de los planos no tiene oxígeno central, ni aire comprimido, ni aspiración, ni calefacción, y se compraron modernísimos equipos de altísima tecnología como videoendoscopios, se equiparon las terapias, etc., etc.

Todo esto con los trabajadores que, en la actualidad, detentan los salarios más bajos de todo el sector público y con 120 camas habilitadas e imposibilidad de habilitar más por falta de enfermeras. Todo esto en un marco de manejo de fondos que terminó, a mediados de este año, con un sumario administrativo y una causa judicial para el anterior director y sus cuatro directores asistentes, que actualmente están todos suspendidos y a cargo del Juzgado de Morón. Y que motivó finalmente, en mayo de este año, la intervención del hospital.

La nueva intervención, que asumió hace cuatro meses con la idea de poner en funcionamiento a pleno el hospital, en estos cuatro meses de gestión lo único que ha hecho es volver a recibir fondos por parte del mantenimiento para nuevas obras edilicias y proyectar la construcción de las nuevas terapias en el hospital.

Todo esto sumado, para hacer todavía el caos un poco más completo, a que en 1991 por decisión del Ministerio de Economía y basado estrictamente en criterios monetarios, donde lo sanitario no tuvo absolutamente nada que ver, los hospitales nacionales cambiamos de jurisdicción: los que estaban en el ámbito geográfico de la Capital Federal pasaron a la Municipalidad de Buenos Aires y nosotros, que estamos en el conurbano bonaerense, pasamos a la provincia de Buenos Aires. El traspaso a la municipalidad de los nacionales está más o menos concretado; el traspaso a provincia del nuestro jamás se concretó ni se efectivizó, pero el hecho es que ahora no tenemos más interlocutor válido, y que cuando vamos a hablar a Nación nos dicen que somos provinciales, y cuando vamos a hablar a provincia nos dicen que todavía somos nacionales, lo cual hace que ni siquiera exista un interlocutor válido al cual hacerle los reclamos.

Yo pensé modestamente que contarles todo esto iba, posiblemente, a graficar claramente cuál es la política de financiamiento del sector público de salud que ha tenido y tiene el gobierno nacional, por lo menos en estos momentos. Me atrevería a decir que esta historia no es muy distinta a la del resto de los hospitales públicos del conurbano bonaerense.

Yo creo que aquí podríamos hablar de muchas cosas, podríamos hablar de Sistema Nacional Único de Salud, de seguros sociales bi o tripartitos, de buscar sistemas no regresivos de recaudación impositiva para financiar el sector público. Pero yo creo realmente que en esta mesa posiblemente haya gente que pueda hacerlo con mayor idoneidad de lo que yo puedo hacerlo.

Yo lo que puedo traer acá es la historia de lo que pasa a diario en los hospitales en este sistema o en el medio de estas políticas de ajuste, que lo que hacen es sencillamente eso, como realmente ocurre en la realidad: invertir en tecnología y en aquellas situaciones que puedan generar lucro y desatender concretamente lo que es el sistema público, que está totalmente desfinanciado para funcionar como tal.

Desde los trabajadores del hospital o desde el grueso de estos trabajadores, si bien el desánimo es bastante importante, nosotros pensamos que hay alternativas válidas. Desde el ministerio nos plantean que las únicas alternativas para el hospital público son cierre o privatización.

Nosotros sabemos que frente a este dilema de hierro que ellos plantean existen alternativas. Desde nuestro hospital, por lo menos, siempre hemos tratado de debatir y de desarrollar o de impulsar nuestra "utopía", que es la estrategia de atención primaria y la inclusión del hospital en esta estrategia. Y pensamos que por ahora la única cuestión o el único camino que nos queda es seguir debatiendo, seguir confrontando, seguir participando y seguir tratando de crear un espacio para poder impulsar esta idea que es, quizás, la alternativa o la solución que desde nosotros planteamos para el hospital. Nada más, gracias. (*Aplausos*).

Mario Hamilton: Carlos.

Carlos Casinelli: Buenos días, compañeras y compañeros, conviene aclarar desde un inicio que voy a tener alguna dificultad para expresar lo que a partir de mi organización, la Asociación Trabajadores del Estado, venimos a reflexionar en voz alta, ya que mirando el título de este panel encontramos una seria dificultad, que es justamente hablar de algo que no existe, porque el título es "Situación actual y perspectivas de nuestro sistema de salud", ya que a nuestro entender no existe a nivel nacional ni provincial un sistema de salud.

Sí existe un conjunto, una serie de medidas aisladas, arbitrarias, generalmente unilaterales y, a veces, bilaterales como en el caso del decreto de los medicamentos, que se hizo juntando la decisión y la voluntad política del gobierno y de los empresarios de los medicamentos, pero esto dista mucho de un sistema de salud como un conjunto de medidas coherentes, racionales, que contengan y protejan la salud de la población.

El otro día tuve el raro privilegio, mientras desayunaba, de leer el título de algún diario, que decía con un titular muy grande que el gobierno, el que se supone debe proteger a la población, estaba pensando que, a partir del presupuesto de 1993, iba a congelar, iba a continuar el congelamiento salarial que ya lleva dos años. Frente a esto, pensando que quienes tienen que cuidarnos congelaban nuestros salarios, inmediatamente pensé: ¡Qué absurdo!, y fui al diccionario.

Fui al diccionario y encontré que la definición de la Real Academia -o lo que queda de ella- decía que absurdo es algo repugnante a la razón, y me pareció poco. Me pareció que era insuficiente, que para esto de que nos congelen los salarios durante tres años, el término de repugnancia es poco. Y bueno, busqué otro término, que era perverso. Y dice este diccionario que perverso es el desorden psíquico caracterizado por el hecho de hallar placer en cosas que ocasionan horror.

Entonces junté repugnancia y horror y dio una buena combinación, porque era precisamente lo que muchas veces uno siente frente a medidas que descuidan, desprotegen y atentan contra la salud pública. Al rato pensé -creo que como para fugarme de tanto horror- en Ramón Carrillo, en el cual uno muchas veces se ampara para creer que todavía la mística y la utopía es posible. Y recordé cuando Carrillo decía que era imposible encontrar una solución sanitaria si la solución sanitaria no va acompañada de una solución económica y social. Claro, la salud es siempre consecuencia de algo mucho más general, que la determina, que justamente es la política económica y social.

E inmediatamente pensé en nosotros, pensé en nuestro país, que fue lo que fue, que es lo que es y que quiere ser lo que algunos quieren que sea. Y pensé, claro, este país que hoy está desregulado, este país que está flexibilizado, este

país que está convertido, ajustado, ¿cómo engancha la salud y el trabajo en todo esto, en este ajuste, en este primer mundo, en este posmodernismo? ¿Cómo engancha la salud y el trabajo?

Claro, la salud y el trabajo, que son los dos pilares de cualquier proceso de transformación hoy se encuentran depreciados, han perdido entidad. ¿Qué significa la salud, qué significa el poder trabajar, cuánto vale el poder trabajar, qué significa el poder trabajar? Y prueba de ello son la desocupación, la desnutrición, la mortalidad infantil, la falta de vivienda, la falta de agua, más allá de la hipocresía de cualquier discurso oficial están esos indicadores. Indicadores que nos muestran cómo aumenta la tuberculosis, cómo aumenta el Chagas, cómo aumenta la enfermedad donde la esquizofrenia se ha instalado en el discurso oficial, donde cada vez son menos los que tienen más y donde cada vez es más indigno el valor del salario.

Claro, es justo decir que, frente a todo eso, la salud pública tal como la había concebido Ramón Carrillo hoy no tiene cabida, hoy es una esperanza, pero no una realidad. Pocos ricos cada vez más ricos, y muchos pobres cada vez más pobres son el síntoma que revela la patología de un discurso y de una política oficial, absurda y perversa. Que nos intenta convencer ya no que estamos mal pero vamos bien, ahora han cambiado. Es tanta la impunidad que ahora nos dicen: estamos bien, pero vamos mejor. Y entonces sacan índices de cuántos electrodomésticos se compran, cuántos coches se venden y con cuánta frecuencia se viaja al exterior. Es decir, plasmados dos modelos de país. El país de los pocos que tienen, y mucho, y el país de los muchos, que tiene bastante poco.

La base social de este o de cualquier país -salud, educación, seguridad social- se reduce y se privatiza, porque ese es el negocio que les queda. Y en este ámbito y con esta convocatoria es justo decir que el equipo de salud, todos los trabajadores de la salud y la atención primaria de la salud también se han depreciado como parte de esta historia de la salud y el trabajo.

Equipo de salud desvencijado, desprotegido, con el salario que ya sabemos que tenemos, con falta de capacitación, con pésimas condiciones de trabajo, desjerarquizado y abandonado.

Atención primaria que, como es buena y muy barata, no se usa, porque queda afuera del negocio del sistema. Claro, al modelo le interesa el negocio, y bueno, lo barato y lo bueno no tiene cabida, entonces se opera, se medica, se examina, se hacen estudios, se arancela, porque hay que romper con la gratuidad del hospital público y, como si esto fuera poco, ahora hasta se transfiere. Porque en esta retirada del Estado, en este ejemplo que tiene que dar la Argentina de ser más papista que el Papa, hay que hacer frente al ajuste retirándose. Entonces el Estado deja de tener fábricas de jabones y empresas de turismo, también desatiende la salud, la educación y la seguridad social.

Entonces, claro, desatiende sus obligaciones, que están escritas en todos lados, hasta en una Constitución Nacional que hoy hay que cambiarla. Hasta ahí nos protege la Constitución, pero claro, como lo que se prioriza es el cierre de cuentas, entonces tendrán que ser los gobiernos provinciales y las municipalidades las que se hagan cargo de todo esto. Si pueden, bien, y si no, también.

Ahora, nosotros ya sabemos cómo termina toda esta historia, porque ya la hemos transitado. Ya sabemos que acá esto significa que se transfieren responsabilidades pero no recursos, ya hemos transitado toda esta historia y hay ejemplos de todo esto.

Pero bueno, hasta acá un poco la descripción, la catarsis de algo que ya todos conocemos, y por eso estamos acá, si no estaríamos en otro lado. Por eso estamos acá, y es la cruda realidad de los compañeros de la salud de cualquier hospital, centro de salud, dispensario; esto no es nuevo, porque esto lo padecemos todos los días.

Y tampoco es, como dicen algunos psicólogos, instalarnos en el lugar de la víctima, y que desde el lugar de la víctima nos quejamos. Esta es la descripción de una realidad de la que dan testimonio los compañeros de Trevelín, en Chubut, los compañeros de San Martín de los Andes, en Neuquén, los compañeros de El Saual, del Impenetrable, en el Chaco, los compañeros del Borda, en la Capital Federal, los compañeros de cualquier región de nuestro país que renuevan todos los días el compromiso social cotidiano de defender la salud de la gente.

El otro día en una asamblea, en un hospital, un compañero muy compenetrado con todo esto y con mucha convicción decía: "Bueno, compañeros, es necesario empezar a resistir". Yo me permití en ese momento decirle que no estaba de acuerdo, porque estamos resistiendo desde hace mucho tiempo. Lo nuestro se ha convertido en una resistencia permanente, y gracias a la resistencia de los trabajadores de la salud, no gracias a las políticas de los gobiernos provinciales y nacionales, algunos de los cuales hasta cortan el suministro de leche a los chicos menores de dos años salvo que estén desnutridos -porque pareciera que hay que estar desnutrido para que el gobierno le dé un kilo de leche-, gracias a ese esfuerzo nosotros mantenemos los hospitales abiertos. El testimonio que ha dado la compañera del Hospital Posadas se puede repetir en muchos de nosotros a partir de la experiencia en su puesto de trabajo. Es gracias a ese esfuerzo que el hospital no se cierra, no gracias a la decisión de ciertos gobernantes.

Entonces, el tema crucial es qué hacemos frente a todo esto. Porque conocemos esta realidad, esta realidad se agiganta con el paso del tiempo, y es necesario, más allá de la resistencia cotidiana, pasar a una etapa superior que es cómo organizamos esto. Y cómo organizamos esto significa, ni más ni menos, cómo organizar nuestra fuerza, porque entramos en una disputa de poder. Estas medidas oficiales que se declaman por todos lados están expresando un poder deter-

minado. Frente a ese poder determinado del sistema dominante, es necesario ofrecerle un poder determinado desde nuestro lado, que es superando diferencias, superando matices, no viendo fantasmas, poniendo los verdaderos ejes donde tienen que estar, que es defender la salud popular, lo que es defender nuestro puesto de trabajo y nuestra condición de trabajadores.

Nosotros no renunciamos a vivir con dignidad, porque eso es lo que el sistema más quiere: quebrarnos en nuestra voluntad de que es posible transformar esta realidad.

Nosotros ayer en la Asociación Trabajadores del Estado culminamos un encuentro de delegados de salud de todo el país. Más de 150 compañeros que, reunidos, estuvimos analizando, debatiendo, profundizando cuál era la situación y cómo revertirla, asumimos el compromiso de salir a la comunidad, ganar a la comunidad en el tema de salud. Instalar la defensa de la salud pública tal como los trabajadores de la educación han instalado en la comunidad la defensa de la educación pública. Y para eso hemos convenido, hemos adoptado la medida de que el 19 de agosto, el miércoles 19 de agosto, en todo el país la Asociación Trabajadores del Estado convoca en todas las provincias, en todas las localidades, a una jornada nacional de defensa de la salud pública y del hospital público, con pintadas unificadas en todo el país, con mesa de esclarecimiento, con actos, con movilizaciones, con conferencias de prensa, en donde nosotros pongamos en la comunidad el tema de salud.

Ese día, no tiene que ser solamente el día de los trabajadores de la salud sino de la comunidad toda que se moviliza frente a una realidad angustiante, dolorosa y grave, y significa juntar la fuerza, organizada, para torcer la decisión política de priorizar la enfermedad sobre la salud.

Parte de nuestro poder está en creer que es posible transformar este sistema. Es posible y es necesario cambiarlo, lo que tenemos que hacer es encontrar la organización que canalice toda nuestra potencialidad. Nosotros estamos convencidos de que los trabajadores en general, y los trabajadores de la salud en particular, a pesar de la soberbia, a pesar de los Menem, a pesar de los Cavallo, a pesar de la falta de respeto, a pesar de la hipocresía, nosotros también, junto con Serrat, sentimos y coincidimos en que sin utopías la vida sería un ensayo para la muerte. Gracias compañeros. (*Aplausos*).

Mario Hamilton: Bueno, Marcela quiere que le pase la palabra. Marcela Durrieu.

Marcela Durrieu: A mí me gustaría reflexionar sobre algunas cosas que me parece que están ausentes en general en el análisis, y tal vez diga algunas cosas que son obvias.

A mí me gustaría incorporar el debate político al debate de lo que sucede y lo que va a suceder en el sistema de salud. Y cuando digo el debate político no digo el debate político partidario, sino en un sentido más estricto, el debate de cuál es la relación de fuerzas que sustenta las posibilidades de hacer aquello en que todos coincidimos, porque a pesar de que yo formo parte del partido que está en el gobierno, yo tengo muchos años de trabajo en el sector, y quiero decir desde qué lugar hablo.

Toda mi vida he trabajado en el sector público, he sido tan jacobina que ni consultorio he tenido, y desde este lugar hablo. Desde el lugar de compartir el diagnóstico del deterioro de la situación del sistema de salud en la Argentina, y también de compartir muchos de los valores que aquí se han expresado. Que son valores que, por otra parte, creo que compartimos casi todos los que trabajamos en el sistema de salud, pero me parece que hay algunas ausencias en el análisis que son significativas. Porque no alcanza con hacer un diagnóstico del deterioro, y tampoco alcanza con lamentarnos permanentemente por lo que nos sucede.

Yo creo que nosotros tenemos que profundizar en el análisis, sobre todo dándonos cuenta que lo que pasa en el sistema de salud no depende, por lo menos no depende totalmente, del propio sistema de salud, sino depende de un modelo global, que es lo que en el fondo tenemos que discutir.

Esta vinculación, este debate vinculando el modelo global con las políticas de salud, necesita de otras categorías de análisis. Las categorías de análisis que nos sirven para discutir la problemática del sector no nos sirven cuando queremos discutir la globalidad del sistema, porque el peso de lo extrasectorial, de lo que está pasando en el resto del país (...).

Esto está vinculado a que en el mundo han sucedido cosas muy importantes. Ha cambiado el modo de producción; la transnacionalización global de la economía ha cambiado el criterio de lo que es la soberanía, o por lo menos ha puesto en tela de juicio discutir qué es hoy la soberanía. Esto no quiere decir que uno no siga pensando como valor que el nuestro tiene que ser un país soberano, sólo quiere decir que nos obliga a pensar qué es hoy ser un país soberano.

Cuando se habla del ajuste, a mí me gustaría hablar no sólo del ajuste. Me gustaría hablar vinculado esto a qué está pasando en la economía mundial. Cuando se habla de la caída del muro de Berlín, desde Yalta en adelante, el mundo se comportó dividido en dos opuestos complementarios -diría yo- que permitían la existencia del otro. La caída del muro de Berlín, que no fue en el momento en que se cayó el muro de Berlín, sino que fue el final simbólico de un proceso que venía sucediendo desde hace mucho tiempo, no termina en que haya un sólo mundo, que es el mundo capitalista tal cual lo conocemos hasta ahora, porque como opuestos complementarios la caída de Oriente necesariamente tiene que traer profundas modificaciones en Occidente. Pero también deja un solo armado

geopolítico posible en donde insertar a nuestro país, más allá de nuestras nostalgias, más allá de nuestras voluntades.

Cuando se habla del fin de las ideologías, yo lo que diría es, bueno, ¿cómo nosotros podemos generar una nueva utopía?, que tenga que ver con nuestros viejos valores, con nuestros valores de siempre, pero que sea posible, que exista en el mundo de la realidad, porque si no corremos el riesgo de hacer discursos muy lindos, pero absolutamente inaplicables.

Entonces, a mí me gustaría reflexionar sobre qué significa el ajuste, porque en realidad el ajuste económico es sólo parte de pensar en cómo nosotros reconvertimos la totalidad de la economía -y de la economía no hablo de la cuestión financiera, sino de la economía en el sentido más amplio de nuestro país- e involucra algunas otras cosas. Por ejemplo, algo que es clave, que es reformular el rol del Estado, y otra cosa que para mí es estratégica que es ¿cómo nos insertamos en el mundo?, con poder como nación, y en esto los avances respecto de la integración regional me parece que son una clave estratégica.

Entonces, en este contexto, dejando claro que acá -por lo menos yo- no estamos dispuestos ni a relegar ninguno de los valores que hemos sostenido históricamente ni tampoco a bajar los brazos en defensa de lo que creemos que debemos construir, creo que esta categoría del debate político serio, de entender que si no discutimos qué es lo que está pasando y cuáles son las posibilidades ciertas, y por qué muchas cosas que fueron valiosas en su momento, y que no estamos descartando, porque aquellas cosas que uno sostuvo décadas atrás las seguiría sosteniendo décadas atrás. No soy yo la que cambié, en este caso, lo que cambió es el mundo.

Y a mí el que me diga que tiene claridad de cómo se construye esta nueva utopía, que me lo diga. Porque yo, sinceramente, sólo tengo algunas ideas generales de cómo poder hacerlo. Sólo creo que vamos a tener que ir construyendo el nuevo país, y pensándolo a medida que lo hacemos, y que no tenemos otra alternativa que esta. Y el ajuste es sólo parte de este problema.

Creo que en este momento estamos en un punto de inflexión en la historia argentina. ¿Y por qué digo esto? Porque creo que, por supuesto, que acá es mucho más fácil ser de la oposición que ser del oficialismo. Desde la oposición yo puedo decir cosas que me parecen, además, justas y ciertas: hay que aumentar cuatro veces el presupuesto, hay que aumentar los salarios de todos, hay que hacer todo. Y yo esto lo comparto, el problema es que quién dice el cómo, quién dice qué, quién dice cuál es esta nueva utopía en la cual podemos sumarnos todos los argentinos.

Entonces creo que nosotros nos debemos, nos debemos todos, oficialismo y oposición, un debate serio y profundo. Cuando decía que estábamos en un punto de inflexión, yo creo que todos, por una rara coyuntura histórica, confluyeron en

esto que se le llamó el ajuste, o el reordenamiento económico y la reconversión económica del país. Y en esto confluyeron intereses contradictorios, objetivamente contradictorios. Intereses de sectores populares e intereses de sectores antipopulares, como todo el mundo se junta cuando alguien se está muriendo.

En este momento es la primera vez en muchos años que, con mucho dolor de nuestro pueblo, hay un excedente genuino. ¿Y qué quiero decir con esto? Que hay una capacidad de ahorro nacional, que no es mucha, pero que existe, y que no ha dependido de la emisión monetaria. Y precisamente lo que se está discutiendo políticamente en este momento es ¿qué vamos a hacer con este excedente?

Y acá qué es lo que está sucediendo? De todo este extraño conglomerado que por acción u omisión apoyó esta reconversión económica, acá van a empezar a aparecer quienes digan: "Bueno, el excedente ahora lo acumulamos en los sectores monopólicos de la economía, en aquellos que son los sectores más dinámicos. Porque hay que seguir creciendo, tiene que seguir creciendo el producto bruto interno", y en el fondo están planteando un modelo para el 30% de los argentinos.

Y también, desde la otra punta, habrá quien diga: "Bueno, esto que hemos logrado hasta ahora no tiene ninguna trascendencia", hablo de la estabilidad económica, de algunas otras cuestiones... "Lo que tenemos que hacer es redistribuir la totalidad del excedente" porque también, desde un lugar cierto, hay conflictos sociales graves, y bueno, no importa si esto pone en riesgo la estabilidad económica, la democracia, todo lo demás.

Entonces, como el rol del que tiene la obligación de gobernar es un rol difícil -en general es un rol complejo-, será ver cómo nosotros podemos conseguir alguna forma justa de redistribución de la riqueza que no ponga en riesgo lo que tan dolorosamente hemos conseguido.

Y este debate en la Cámara se ve con muchísima claridad. Hasta ahora estábamos discutiendo solamente leyes que tenían que ver con el ajuste económico. Yo les puedo hacer un listado de las leyes que están en debate hoy en la Cámara para que vean que ahora ha empezado el tiempo social.

En este momento estamos discutiendo en el sector salud concretamente leyes que, más allá de que algunos estén a favor y otros que estén en contra, son leyes sociales. El mismo debate acerca de la Ley de educación es un debate social; la Ley de obras sociales, se está discutiendo una Ley marco del hospital público, la Ley de medicamentos, el código ambiental, bueno, y así podría decirlo, porque hay leyes que dependen de muchas otras comisiones a las que yo no pertenezco, son leyes que en el fondo están planteando ¿con qué prioridades, cómo avanzamos en el proceso de redistribución y a qué privilegiamos en esta nueva etapa?

Y esto no es fácil, porque no depende solamente de este sector. Es más, a veces, el sector salud está ausente en estos debates. Por ejemplo, Casinelli se refe-

ría al Decreto 150 de medicamentos. El Decreto 150 yo no sé si ustedes lo conocen, es el que habla de la prescripción por medicamento genérico. Cuando se discutió este decreto, que ahora lo vamos a transformar en ley y le vamos a agregar algunas cosas respecto de la comercialización del medicamento -es una obviedad decirlo, que tenía todo el lobby de las empresas de medicamentos en contra- yo supuse que el sector salud iba a apoyar francamente este decreto, y sin embargo esto no sucedió, es más, algunas asociaciones de médicos de orden académico aparecieron firmando solicitudes en contra del Decreto 150.

Entonces las cosas no están tan claras en este país. Me parece que estas cosas son las que tenemos que discutir, tratando de romper viejos clichés, tratando algo que para mí también es un esfuerzo personal y doloroso: darnos cuenta de que muchas de las cosas que hemos sostenido durante muchos años y que quisiéramos que fueran así, hoy son inviables.

Esto no quiere decir que dejemos de lado pensar cómo resolvemos con los mismos valores, cómo resolvemos que haya salud para todos con un modelo diferente, que tendremos que pensarlo entre todos.

Nosotros en la Comisión de Salud vamos a abrir ahora el debate al conjunto de la comunidad sobre cuatro temas que nos parecen fundamentales. Uno de ellos es la reformulación de la Ley de obras sociales, pensando en que la crisis del sistema de obras sociales -yo he trabajado en la seguridad social durante muchos años y he repetido durante muchos años cosas que nunca se pudieron llevar a la práctica, y entonces es mi obligación replantearme por qué si durante 20 años dijimos que deberíamos hacer tal cosa y no se pudo hacerlas, replantear qué es lo que debemos hacer, porque la crisis de la seguridad social es estructural y necesita respuestas estructurales, porque nos hemos pasado 20 años emparchando el sistema sin conseguir ninguna mejora-. Entonces creo que es una especie de obligación ética decir: "Bueno, si durante 20 años dijimos lo mismo y no pudimos hacerlo funcionar, repensemos todo".

Entonces nosotros vamos a abrir este debate a ver si podemos definir, con el consenso de todos, una nueva Ley de obras sociales que consiga los objetivos que siempre nos planteamos y que con este sistema nunca pudimos conseguir.

La otra ley que estamos discutiendo o que vamos a incorporar ahora al debate es una ley marco, una ley general de hospitales públicos. A mí me parece que esto es clave rediscutirlo. El hospital tiene serios problemas, y entre otras cosas serios problemas de gerenciamiento que tienen que ver con el modelo con el que hasta ahora se manejó el hospital público. Cualquiera que esté en un hospital sabe las dificultades que significa la Ley de contabilidad del Estado, por ejemplo, para poder ser buen administrador de un hospital.

En este país, para ser un buen director de hospital no hay que ser un técnico, hay que ser Mandrake el mago, porque hay razones estructurales que impiden

que el hospital sea manejado con una cierta eficiencia.

Y además, vamos a incorporar el viejo debate de la descentralización. Porque yo no estoy de acuerdo en que sean razones económicas las del traspaso de los hospitales nacionales a las provincias, creo que hay razones de orden sanitario que hacen aconsejable que las provincias sean quienes manejen las instituciones de salud. Pero, además, tenemos que discutir qué significa esto de la descentralización, si la descentralización planteada como algunos lo plantean no significa la anarquía del sistema, y por eso estamos planteando una ley general marco, que de alguna manera acumule un enorme poder normativo en el Estado que permita una descentralización cierta en todo lo que es la administración, el gerenciamiento y los programas de salud.

La otra cosa que estamos discutiendo es una ley de incorporación de tecnología médica, que todos sabemos que fue una de las causas importantes de desfinanciamiento del sistema. Estamos intentando debatir cuál es la mejor manera de regular no sólo el ingreso de tecnología en el país sino la incorporación de tecnología o algún modelo que sirva para regular qué tecnología necesitamos y cómo la distribuimos.

Y la cuarta cosa, de la que algo dije ya, es una ley de medicamentos, que implica no solamente convertir en ley el Decreto 150 que habla de la prescripción por genéricos sino incorporar también el tema de la comercialización y el tema del patentamiento.

Todas estas leyes tienen fuertes lobbys de oposición desde lugares legítimos y desde lugares ilegítimos. Lo que nosotros estamos planteando es iniciar un proceso de debate, donde lo que vamos a intentar hacer es citar a todos los sectores involucrados, y en esto vamos a ver si realmente aquellos que dicen defender el sistema de salud vienen a sentarse a la mesa de la discusión desde la defensa sería del sistema de salud, porque si no, lo que está sucediendo en la Cámara es que los únicos que se acercan son los lobbys que están en contra. Y como al principio decía, los sistemas de salud no se definen en el marco del propio sector, sino fundamentalmente se definen desde la correlación de fuerzas de la sociedad.

A mí me gustaría que el mundo de lo académico, que aquellos que participan del sector salud, tuvieran una participación más activa en el debate político, no solamente en el debate instrumental, sino en el debate de las cuestiones de fondo, que son las que en última instancia van a definir si de aquí en más el costo del ajuste y de la reconversión económica y de la reconversión del Estado que pagamos entre todos va a ser para un modelo del país del 30% o va a ser para un país para todos. Y si nosotros -o por lo menos hablo por mí- los que intentamos hacer un piso de racionalidad, digamos, de estabilidad política y económica que nos permitiera hoy discutir estas cosas fuimos vehículos de aquellos que trabajan

para el privilegio o podemos ser vehículos para aquellos que queremos trabajar por un país más justo.

Y yo realmente espero y confío en la participación de todos; con Casinelli a pesar de que nos peleamos en algunas cosas somos amigos, porque además creo que lo que él dice lo dice... ¿Es verdad o no es verdad? Decilo.

Carlos Casinelli: Algo... *(risas)*.

Marcela Durrieu: Porque yo siento que él lo dice desde un lugar legítimo. El problema son los que lo plantean desde un lugar ilegítimo, desde lobbys y compromisos económicos. Entonces, me parece que este es el debate que nosotros tenemos que generar.

Y la otra cosa que yo creo que nosotros tenemos que terminar definitivamente en el país es la dicotomía entre el mundo de lo académico y el mundo político, que es el que toma las decisiones. Esta es una vieja dicotomía en la Argentina. Yo, si quieren, estoy a caballo entre esas dos cosas, y creo que esta es una de las cosas con las que tenemos que terminar en la Argentina, porque el mundo académico tiene muchas cosas que aportar al mundo político y porque el mundo político también tiene la obligación de escuchar a aquellos que participan de otros niveles.

Entonces, yo quiero terminar diciéndoles que, desde este lugar, desde este pensamiento, en realidad los convoco a todos a participar de este debate, que no es un debate cerrado, porque -insisto- yo escucho más lamentos que propuestas, cuando todos los que trabajamos en un hospital o en la seguridad social sabemos que es una crisis estructural y muy profunda, que no se arregla sólo con mayor presupuesto, que no se arregla sólo con mejor administración del sector, que no se arregla solamente desde el Ministerio de Salud y Acción Social. Muchas gracias. *(Aplausos)*.

Mario Hamilton: Yo no sé si es posible que haga una breve síntesis antes de comenzar con las preguntas, un poco de los temas centrales que fueron expuestos, pero voy a intentarlo. A mí las tareas difíciles me entusiasman más que las fáciles.

Yo voy a hacer un rápido pasaje para colocar los temas centrales, un poco los puntos fuertes de cada una de las presentaciones.

Carlos coloca la perversidad de un modelo global, con las repercusiones económicas y sociales, y el efecto que eso tiene sobre la determinación en el deterioro de la salud -es determinante de las condiciones de salud- y habla de una depreciación de la vida y del trabajo. Es decir, los más pobres cada vez más pobres, los ricos cada vez más ricos, y las enfermedades de la miseria aumentando.

Eso es un punto claro que tiene relación un poco con la apreciación de Marcela de una especie de sobredeterminación de modelos, de los marcos en los cuales es posible el modelo. Es decir, Carlos da toda una tendencia -digamos- más perversa, y Marcela lo coloca como posibilidades de abierto y de todavía posible discusión y debate social para orientar ese modelo.

En cuanto a la situación, tanto sea la presentación de Lores, como la de Lilianna, y también la de Casinelli, aparece claro la incapacidad del Estado de mantener lo existente, tanto sea a nivel provincial -como dice Lores- o el hospital... Es decir, incapacidad no solamente material, incapacidad de disminuir el deterioro constante.

Y que eso está agravado por el aumento de demandas y lleva a caídas de la oferta, a problemas de eficiencia, calidad, eficacia social de las prestaciones. Y como una de las bases, marcadas tanto por Lilianna como por Carlos, es la desjerarquización y pérdida de dignidad del trabajador de salud, como uno de los factores enfatizados de ese descalabro de los sistemas de salud.

Aparece también en exposiciones, aunque no totalmente manifiesto, la incapacidad del Estado y del gobierno de formular políticas, de conducir el sector y de regular el sector. Y que eso va llevando a una privatización acrítica de lo público, es decir, el ajuste en lo económico, cortes en el área social, tercerización de servicios dentro de los hospitales, predominio del facturamiento contra la eficacia social de las prestaciones y la calidad de las prestaciones.

En el punto, digamos, final de Marcela y de Carlos, se coloca una necesidad de repensar estos modelos y las implicancias que ellos tienen en salud. Carlos coloca la necesidad de agrupar y organizar las fuerzas de salud para transformarlas en interlocutores, en actores sociales válidos, en interlocutores de peso para establecer una relación con la estructura de poder dominante, de igualdad o, por lo menos, de presión sobre la estructura de poder dominante.

Y Marcela coloca un poco la inviabilidad de las viejas utopías y la necesidad de repensar los viejos paradigmas en función de los nuevos modelos, que ella coloca desde el punto de vista de la sobredeterminación estructural que afecta la salud. Y da un énfasis en un punto, que por lo menos es promisorio, que si el Estado no regula, por lo menos el Parlamento comienza a ejercer su función de regulador. Es decir, a través de la legislación -por lo menos ella mencionó la Ley de obras sociales, relación de lo nacional-provincial-municipal, marco normativo de la descentralización, tecnología médica, medicamentos- que en alguna medida tenemos que considerar que es un poder que por lo menos está intentando asumir la capacidad legislativa para regular el marco donde se va a dar la organización de la salud. Lo cual no significa la legislación -todos sabemos- sino que significa que el Estado aplique, de la formulación de la legislación a la práctica de la implantación, pasa por la operación, hay una gran distancia.

Yo creo que esos son los puntos centrales. Y digamos del final de Marcela, que piensa que está abierto el modelo y hace una convocatoria a la participación en el debate de estos problemas, por lo menos dentro del Parlamento.

Eso creo que es un poco la síntesis general de la presentación. Están abiertas las preguntas, vamos a comenzar. A ver, doctor Escudero. ¿Escudero hace la pregunta o...? "Es la tasa de mortalidad infantil un índice confiable? No, esta es de ayer, no puede ser (*risas*). Esta de ayer, no tiene nada que ver, doctor Escudero, está el papel acá arriba de la mesa.

Público: A la diputada Marcela Durrieu, quisiera que marcara su postura sobre la relación del actual gobierno con lo que usted llama lobbys ilegítimos y la problemática de la salud a partir de esto: ¿Cómo se articula esa ilegitimidad de origen con el régimen democrático?

Mario Hamilton: Vamos a ver, esperá que hay varias para Marcela. Esperá un cachito que te voy a pasar todas. Otra de aquellas que vienen para Marcela. Son muchas. Después hay para Lorea, vamos a ir por partes. Entonces, voy a entregar por partes. Marcela va a responder las de ella y después va a pasar para los otros, si no va a ser muy largo. Hay demasiadas para Marcela.

Marcela Durrieu: ¿Querés que vaya contestando?

Mario Hamilton: Sí, sí, andá contestando. Perdón, yo voy a... A pesar de que las preguntas sean dirigidas a una persona en particular de la mesa, a un integrante en particular de la mesa, yo voy a abrir para comentarios a los otros integrantes si quieren hacer algún comentario adicional.

Marcela Durrieu: Yo les llamé lobbys ilegítimos en la Argentina, tienen nombre y apellido y mucho poder económico. Sería una ingenuidad creer que uno puede no incluir en el análisis la existencia de estos lobbys, porque existen a pesar de las voluntades, compran conciencias, y quiero dar un ejemplo claro en esto.

Yo cuando hablaba del Decreto 150 suponía ingenuamente que todo el sector salud iba a avalar la prescripción por genéricos, y no creo que esto haya que debatirlo, y sin embargo, asociaciones que dicen representar al mundo académico sacaron solicitudes pagadas por los laboratorios en contra del decreto del genérico. Lo digo como ejemplo.

Pero además compran legisladores, compran funcionarios. Yo creo que todos sabemos esto, y esto no pasa solamente en la Argentina, pasa en todos los países del mundo. Yo lo que creo es que tal vez este sea un buen ejemplo, porque este decreto, que está firmado por Aráoz y por Cavallo nunca conseguimos que se

termine de implementar. Tal es así que una cosa a conversar con el propio ministro es incorporarlo como legislación para ver cómo oponemos una presión de otra índole a la presión de los intereses ilegítimos. ¿Esta querés que conteste?

Mario Hamilton: Voy a ir pasando la palabra para Liliana y para Lores, y voy a organizar un poco esto que es una cantidad enorme de preguntas. Solamente quiero hacer un pedido de disculpas por las neurosis nuestras. Son dos que dicen que está prohibido fumar, y vamos a intentar fumar menos, o no fumar. No fumar, si es tan grave, si realmente ante todos los problemas... *(se escuchan voces del público)* Ah, está bien. *(Aplausos)*. Yo diría que no vale... Yo voy a intentar, porque no sólo la legisladora, sino Casinelli también y yo estábamos fumando, es decir que los tres rompimos las reglas de juego, pero después de oír el grave deterioro de la salud (...) (...) a Casinelli que participe con total libertad... Está bien.

Carlos Casinelli: Simplemente, aunque sea un pequeño comentario sobre este tema de los lobbys, porque realmente esto forma parte de todo... Me da mucha bronca.

Escuchar defender lo indefendible, escuchar justificar lo injustificable... *(aplausos)* ...la verdad que me rebela, tanto como ese día cuando tuve que desayunar con el congelamiento salarial. Porque esto me hizo acordar a la campaña del gobierno con respecto al cólera.

En ningún momento el gobierno se dispuso frente al vibrión, es decir vamos a resolver el tema del agua, de las cloacas y del saneamiento ambiental. No existió ese problema. En este país hay 14 millones de argentinos que no tiene agua potable y 21 millones de argentinos que no tienen red cloacal.

Ahora, eso no existe en la mente de estos tipos. ¿Cómo resolvieron el problema? Delegando en cada uno de los argentinos dos gotas de lavandina ante cualquier cosa que hagamos. *(Aplausos)*. Y esta hipocresía se tiene que terminar, porque si no nosotros mismos alimentamos la impunidad.

Entonces resulta, como ese aviso que salió en el diario, en la televisión, donde reflejaban un grupo de aborígenes de Salvador Mazza y, entonces, en off el locutor decía que el problema era que estos aborígenes, por la cultura, por qué se yo, además de todos sus hábitos tenía que poner las dos gotitas de lavandina.

Entonces el problema no es la pobreza de los aborígenes. Pueden seguir siendo pobres, es más, tienen que seguir siendo pobres, pero limpios, pero con lavandina. *(Aplausos)*. Y eso se tiene que terminar.

Esto mismo yo lo traslado a los lobbys. Acá la compañera diputada del PJ, buena tipa, yo lo aclaro, muy buena persona, pero acá nosotros, ninguno de nosotros estamos porque somos buenos tipos sino por lo que cada uno representa-

se tiene que hacer cargo de lo que representa. Entonces, a mí no me pueden venir a convencer de que el modelo, bueno, el ajuste es necesario y tenemos que seguir cagándonos de hambre. De eso a mí no me van a convencer. (*Aplausos*).

No, no, un segundito. Ahora resulta que nosotros también somos responsables de que en el Congreso de la Nación hay lobbys. ¿Pero cómo es esta historia, cómo es esta historia? ¿Qué responsabilidad tenemos si compran conciencias? No nos compran a nosotros en nuestro lugar de laburo, ni nos aumentan el salario. Compran a los diputados y compran a los senadores. Esos tipos son los responsables, no nosotros. (*Aplausos*). No.

Marcela Durrieu: También compran dirigentes sindicales.

Carlos Casinelli: Sí señor. Como el sindicalismo que viene, y es justamente la alianza que hace el gobierno con el sindicalismo que viene y con el sindicalismo que deja comprar la conciencia. (*Aplausos*).

Mario Hamilton: Voy a pasar para responder preguntas al doctor Lores. (*Risas*).

Horacio Lores: Bueno, yo me voy a permitir hacer una pequeña aclaración a lo que dijo Mario, como conclusiones de lo que yo había dicho. Yo creo que no dije que el Estado sea incapaz de llevar adelante los servicios de salud, sino que tiene dificultades.

Mario Hamilton: No quise decir el Estado provincial, el Estado en general.

Horacio Lores: El Estado en general, correcto. En el caso de nuestra provincia, nosotros creo que nos sentimos capaces de llevar adelante la conducción del sistema provincial de salud.

El gobierno de la provincia ha expresado muy claramente la prioridad que tiene el sector salud dentro de sus prioridades políticas. Ha expresado muy claramente que no se van a privatizar los servicios, ni total ni parcialmente. No se van a dar en concesión, y se van a hacer los mayores esfuerzos para mantener este sistema de salud que tiene la provincia desde hace tantos años.

Las preguntas que estoy viendo son muy complejas. Hay una...

La primer pregunta me pregunta "el número de empleados que tiene en salud, dividido en profesionales, técnicos y otros rubros, el número de la población del Neuquén, el presupuesto provincial, el presupuesto de salud, los porcentajes, gasto en salud per cápita".

Bueno, podríamos hablar de algunos de estos rubros. El número de emplea-

dos que tiene el sistema público de salud en Neuquén es aproximadamente de 3.600 agentes en total. La población del Neuquén es de 400.000 habitantes; el presupuesto en salud es de aproximadamente 30 millones de dólares anuales, a lo cual se le debe sumar el presupuesto del sector de obras públicas que se vuelca a acciones de salud, con lo cual trepa aproximadamente a 50 millones de pesos, lo cual significa un 15% del presupuesto provincial.

El gasto en salud per cápita es aproximadamente de 90 pesos por año y por habitante en cuanto a lo que invierte el sector público.

Los sueldos. "¿Qué porcentaje del presupuesto en salud se llevan los sueldos?" Bueno, yo no tengo el dato exacto pero creo que es alrededor del 60 ó 65% del presupuesto de salud. Y me preguntan también "¿Cuáles son los salarios de los profesionales, técnicos y trabajadores?", y los profesionales los divide en *part-time* y *full-time*.

Los salarios son variables, porque hay algunos rubros como son, por ejemplo, la antigüedad y algunas bonificaciones por cargos directivos en el caso de los profesionales. Se incorpora también al salario el tema de las bonificaciones por guardias pasivas, activas, etc. Pero, si no recuerdo mal -y acá hay algunos integrantes del sistema de salud de la provincia de Neuquén que me pueden ayudar a establecer con mayor precisión estas cifras- un médico *full-time* en la provincia del Neuquén gana de bolsillo en términos generales entre 2.000 y 3.000 pesos mensuales. ¿Está bien? (*Aplausos*).

Acá acabo de dar vuelta el papel, y el doctor Sosco, que me hace esta pregunta me dice que si no puedo contestarle por tiempo, lo veo al terminar el debate. O sea que, con todo gusto, en todo caso ampliamos, porque hay muchas cosas...

Quiero decir también -porque sino no sería justo en esta apreciación y, por otra parte, me lo recriminarían los compañeros de ATE que han venido de Neuquén- que hay una gran cantidad de trabajadores en nuestro sistema de salud, un porcentaje muy importante, que tienen sueldos realmente muy magros, incompatibles con las necesidades de vida que tiene hoy la gente y que son sueldos, por ejemplo, de 250 ó 300 pesos mensuales, que es lo que gana por ahí un auxiliar administrativo, una mucama y algún otro personal del sistema de salud.

Como los rangos son muy variables, con todo gusto le puedo tratar de responder posteriormente al doctor Sosco. ¿Sigo o vamos haciendo...?

Mario Hamilton: Vamos parando un poco. La cantidad de preguntas existentes se van a responder..., yo voy a intentar colocar en la mesa... Si se van a responder una por una, puede ser que mañana a las tres de la tarde todavía estemos sentados aquí.

Entonces, estoy pasando para Marcela, que ya tiene más o menos un libro, y que cada vez se van agregando más, para que dé una respuesta más o menos ge-

neral o global y no responda una por una. Ustedes me van a perdonar, pero va a ser imposible.

Y lo mismo le voy a pedir a Liliana y a Carlos, que intenten agrupar esto en una sola respuesta, sino esto va a ser una ida y vuelta infernal. Entonces, Liliana tiró del tiempo a Lorea para que vean cómo organiza eso y dan una respuesta única.

Al libro de Marcela se siguen agregando papelitos. Vamos a parar esto, va a ser la última...

Liliana Saligari: A mí acá me ha llegado algo que no es una pregunta, sino una aclaración que me parece fundamental hacer -y agradezco al que me la hizo llegar, porque evidentemente no quedó claro en la exposición- y habla que bueno, que lo que hemos comentado acá expresa lo que es el hospital en estos momentos, pero que no tiene demasiado que ver con el hospital que nosotros queremos o el hospital que nosotros defendemos, no es cierto.

Nosotros mismos lo decimos muchas veces, cuando hablamos de un hospital mejor en una sociedad más justa, que el hospital que estamos defendiendo, y por el cual luchamos, es el hospital que todavía le debemos a la gente.

Y la otra pregunta, bueno, tiene un poco que ver con lo que se ha venido hablando acá, y dice si "El hospital, como polo de referente válido desde lo académico, ¿buscó alguna vez acercarse al poder político y qué respuesta hemos obtenido?"

Yo creo que desde los hospitales públicos, en su mayoría, hemos tratado de acercarnos a todas las instancias del poder de una forma o de la otra, no sabemos si constituyendo lobbys o como demonios se llame, pero realmente hemos acercado este tipo de inquietudes a todas las instancias posibles y nos hemos organizado como mejor podíamos.

La Comisión de Salud de la Cámara de Diputados ha sido abordada -por lo menos desde el Hospital Posadas- en infinidad de oportunidades, ha sido invitada a concurrir al hospital para conocerlo y para ver de qué se trataba; por supuesto que el Ministerio de Salud es ámbito permanente, y yo diría casi semanal, de visitas, cartas, notas e invitaciones.

Las respuestas que hemos obtenido creo que tienen que ver con la realidad que vivimos. En nuestro hospital específicamente, que siempre lleva cuando... La pregunta que siempre se nos hace es: "Bueno, y ustedes ¿qué proponen?". La propuesta nuestra es la inclusión del hospital dentro de una estrategia de atención primaria, la mayor parte de las veces obtuvo la respuesta de ojos muy abiertos y confusión permanente por parte de los funcionarios de estrategia de atención primaria, con atención de primer nivel. Entonces terminan diciendo que no entienden qué hace un hospital como el Posadas en el primer nivel, así que tenemos

que empezar a explicar todo desde el principio a alguien que, teóricamente, es el funcionario de máximo rango a nivel del Ministerio de Salud y Acción Social. Así que, de ahí para abajo, imaginense cualquier clase y cualquier tipo de respuesta.

Y bueno, lo cual no hace que sigamos intentando hacer el reclamo. Pero cuando yo escucho que en la Comisión de Salud, a la cual hemos acudido y hace no mucho tiempo atrás, creo que no más de un par de meses -y acá están presentes los que estuvieron reunidos con ellos- hubo específicamente una reunión del Hospital Posadas con la Comisión de Salud de Diputados, donde se llevaron estas cuestiones. Y cuando yo escucho que se va a volver a discutir la ley esa de que si se descentraliza o no se descentraliza, una ley para el hospital público, todas cuestiones que hace años que se están debatiendo y yo lo comenté, porque se está llevando permanentemente en el debate sin que se aporte o se llegue a ninguna situación, cuando realmente el traspaso y el cambio de jurisdicción de los hospitales fue realmente una transacción de tipo económico que hizo, en algún momento, el Ministerio de Economía a cambio de no sé qué impuesto que no le pudo imponer a la Municipalidad de Buenos Aires, cuando aparecen esbozadas este tipo de cuestiones, yo creo que esa es la respuesta que estamos obteniendo del poder político. Que no es una falta de respuestas, como puede parecer.

Es una respuesta clara y determinada que significa: el hospital público no, el sistema público de salud se terminó, la salud va a ser para el que la pueda pagar, y al que no le gusta, que se vaya. (*Aplausos*).

Mario Hamilton: Le voy a pasar a Marcela, por lo menos para un bloque, el capítulo uno del libro de preguntas, a ver si puede organizar alguna respuesta. Ella tiene un problema, y me lo estaba comentando, que tiene una reunión (*desagrado del público*) y vamos a intentar pasarle un poco para que vaya organizando rápidamente.

Le paso a Marcela para un primer bloque, después Carlos y después vuelvo para Marcela, Lorea...

Marcela Durrieu: Quiero decirles que los organizadores sabían que yo tenía una reunión a las 12, que para mí es muy importante y tiene que ver mucho con la salud, porque tiene que ver con el tema de Obras Sanitarias de la Nación -por un lado- y -por otro lado- con la entrega de la escritura de los habitantes de La Cava, que es una villa miseria muy importante, que se va a hacer en el mes de octubre, y que para mí es muy importante. Tal vez no más que seguir el debate aquí, pero es un compromiso de verdad, no estoy rehuendo al debate.

Acá tengo una pila de papelititos que va a ser medio difícil que los conteste en

cinco minutos. Yo, más bien, lo que puedo comprometerme es a que todo aquel que quiera seguir la discusión los espero en mi despacho. El teléfono es el teléfono del anexo de la Cámara, y la oficina es 3015-3115.

Porque además es imposible sistematizarlo, porque son preguntas de muy distinta índole, referidas al modelo de salud, a lo que se está discutiendo, algunas cosas preguntan a quién represento. Bueno, son todas cosas que dan para un rato largo de conversación, así que me crean o no me crean, yo me voy a disculpar y me voy a tener que retirar.

Y de todas maneras, les agradezco la invitación a participar en este encuentro. Hasta luego. (*Aplausos*).

Mario Hamilton: Yo les pido por favor... Carlos, vamos a pasar a Carlos.

Carlos Casinelli: Bueno, ésta en todo caso...

Mario Hamilton: Perdón, vamos a ver con la coordinación, ya que están pidiendo la posibilidad de que Marcela vuelva a responder las preguntas, por el problema que ella tiene, vamos a ver si es posible en algún momento en alguna mesa hablar con la coordinación para incluir a Marcela con las respuestas organizadas a las preguntas hechas por el plenario.

Eso no es problema de decisión nuestra sino es problema de la posibilidad de la coordinación del seminario. Vamos a intentar apelar vehementemente para que eso ocurra. Esperemos que la diputada tenga tiempo disponible.

Marcela Durrieu: No, yo me comprometo a venir cuando ustedes quieran. Es más, puedo pedir que vengan algunos otros de los diputados que conforman la Comisión de Salud, y aún el propio Mazza. El tema es que se organice de esa manera. Por lo menos yo personalmente estoy dispuesta a venir a discutir cuantas veces sea necesario.

Mario Hamilton: Yo le voy a agradecer a Marcela su participación y la voluntad o la decisión de participar en otro momento. Gracias Marcela. Vamos a pasar a Carlos.

Carlos Casinelli: Esta última, bueno, la dejo para dentro de un ratito porque no entiendo mucho la letra. Hay dos o tres que tienen que ver: ¿"La propuesta o la lucha, ¿se juntan en algún punto?" Hay una que empieza "¿Por qué en vez de jornada de difusión no se empuja una jornada nacional de lucha?" Bueno, justamente de esto es lo que se trata. La postura nuestra es tratar de organizar, de juntarnos con la comunidad y de luchar. Chau Marcela.

Me voy a volver a concentrar otra vez. (Risas).

De organizar y de luchar. Hoy justamente para nosotros, lo más revolucionario dentro del campo sindical es organizar a los compañeros. Y junto con esto, juntarnos con la comunidad.

Yo en alguna oportunidad decía que el conflicto docente es mucho más fácil de instalar en la sociedad que el conflicto de la salud. Es mucho más fácil, que un maestro pueda decirle a un padre en la puerta de la escuela que no va a dar clase ese día por las distintas circunstancias que atraviesa la educación pública que paramos en la puerta del hospital y decirle a alguien que trae a un chiquito con la pierna fracturada que ese día no lo vamos a poder atender porque se dismantela el hospital, porque ganamos dos millones, porque el director es un esto, porque el ministro es otra cosa... Es muy difícil.

A la comunidad hay que hacerle todo un trabajo y toda una concientización para demostrarle que el hospital le pertenece, no solamente a los trabajadores de la salud sino fundamentalmente a la gente. Y que los hospitales ya están deteriorados y que los hospitales ya hoy no pueden brindar el servicio que la gente necesita. Ahora, esto significa todo un trabajo con la población, con la comunidad, con las instituciones, para ganarlas y ponerlas de nuestro lado.

Una de las características de los conflictos de salud es que se encapsulan demasiado hacia adentro del hospital. Y terminamos peleándonos con la gente que se acerca al hospital. Eso es un error que nosotros no podemos cometer. Nosotros debemos emprender la protesta en defensa del hospital público junto con la gente, junto con la gente.

Nosotros entendemos que ni el ministro ni el director de un hospital son los dueños del hospital. El hospital le pertenece a la comunidad. En teoría, para los funcionarios y en la práctica, para nosotros. Pero en la cosa cotidiana, los que estamos detrás del mostrador, los que decimos "no hay más placas", los que decimos "no hay turno para operar", los que decimos "no hay más número para consultorios externos" no es ni el ministro de la provincia ni el director del hospital. Somos cada uno de nosotros, y esto hay que explicárselo a la gente, esto lleva tiempo, y hay que sumarlo en una lucha que tiene que ser comunitaria.

La propuesta de ATE es muy simple, acá hay que cambiar una decisión política que es privilegiar el negocio de la enfermedad. Esto que es muy fácil de simbolizar y de decir es muy difícil de instrumentar, hay muchos poderes, muchos intereses. Y el campo popular está desarticulado, porque ésta es también la debilidad desde nuestro lado. Estos tipos se ponen de acuerdo mirándose. Todos los gobernadores protestan con el gobierno nacional, vienen acá y arreglan en dos minutos.

Todos los ministros provinciales de salud protestan en otro lugar, pero cuando se juntan en el COFESA y bajan la directiva del Ministerio de Economía, ha-

cen la venia y se acabó la discusión. Por más que después digan lo que digan en distintos foros. Y por eso yo daba el ejemplo hoy de algunas provincias que han retirado el envío de leche y la entrega de leche a aquellos chicos que no estén desnutridos. Como que esto también es esquizofrénico.

Se dice desde los ministerios de salud que hay que evitar la desnutrición, pero hasta que un pibe no está desnutrido no le dan el kilo de leche, como si, además, sólo fuera ese el programa materno-infantil con que tanto se llenan la boca y que con eso vamos a solucionar y vamos a tener pibes grandes, robustos y sanos. Todo verso, todo mentira.

Acá la lucha es grande, nos necesita incorporar a todos, nosotros necesitamos una salud al servicio del pueblo, una salud al servicio de la gente, y creemos y estamos convencidos que es muy difícil -por no decir imposible- que se pueda recuperar la salud popular si primero no se recupera al equipo de salud. Esto para nosotros es fundamental, porque es muy difícil pensar en un país que tenga plena ocupación, los chicos bien alimentados, no existe más la mortalidad infantil, los tres millones de chagásicos dejan de serlo y, frente a todo eso, el hospital desvencijado, deteriorado, ganamos dos palos, no hay concursos, no hay capacitación, no hay insumos, no hay medicamentos, no hay placas, no hay nada.

Es muy difícil. Y por eso, esta política oficial revela entre otras cosas -yo había notado en lo que decía Marcela en un momento-, dice: "el costo del ajuste lo pagamos todos". Esto es mentira, esto es mentira. El costo del ajuste lo paga una mayoría, lo pagan los laburantes, lo pagamos los trabajadores, no lo paga todo el mundo. Si nosotros compramos esto, nos estamos equivocando. El costo del ajuste lo pagan los que no determinan el ajuste. Y esta es una cosa de la que nos tenemos que convencer de una vez por todas.

Frente a todo eso nosotros decimos: organización, compromiso y lucha. Lo más unitaria posible. Acá se tiene que cortar eso de las asociaciones profesionales y los no profesionales. Esto de los no profesionales es algo que es totalmente arcaico, primitivo y que yo defino al otro por lo que no es. La categoría profesional tiene que incluirse dentro de la categoría de trabajadores de la salud. Nosotros reconocemos que los profesionales son trabajadores, el tema es que ellos se reconozcan como trabajadores. Y reconozcan en los demás que son auxiliares de la educación... (*aplausos*).

Nosotros, los trabajadores en general, necesitamos de los profesionales y de los médicos. Lo bueno sería que ellos también sientan que necesitan de los que no son médicos y los que no son profesionales. Juntos, con todos ellos, tenemos que hacer esta lucha, y fundamentalmente junto con la gente. No puede cortarse el tema de la comunidad por un lado, los trabajadores de la salud por el otro.

El tema del hospital público, el tema de la salud pública le corresponde a toda la gente. Por lo menos la gente de bien, la que no hace lobby. (*Aplausos*).

Horacio Lores: Bueno, una de las preguntas que tengo acá dice: "¿Por qué, conociendo la experiencia de salud de la provincia de Neuquén no se toman sus resultados para mejorar el sistema en otras provincias?"

Yo creo que se toman los resultados. Hay cada día un intercambio más fluido y más importante entre distintos sistemas de salud, distintas jurisdicciones, distintas provincias. Y el intercambio no proviene, por lo menos en este momento, si bien lo inició el propio sistema, la propia conducción del sistema a través de programas de intercambio y demás, en este momento el intercambio se produce básicamente por el accionar de una serie de organizaciones que se han ido formando y desarrollado con el tiempo, y que han alcanzado un nivel importante dentro de la provincia, como es por ejemplo en Neuquén la Sociedad de Medicina Rural, que agrupa no solamente a los profesionales sino a todo el personal del sistema de salud. Por aquí había visto al presidente de la sociedad hace un rato; en algún momento podrían conversar con él porque es una experiencia sumamente interesante y que ya lleva muchos años de vigencia. De modo tal que yo creo que hay un real intercambio, y bueno, a veces en algunos lados las cosas funcionan mejor que en otros, se aprovechan mejor las experiencias o no, pero el intercambio realmente existe.

Y otra pregunta que me hacen acá dice: "¿Cómo se articula con el servicio prestado por el Estado y qué lugar ocupa la medicina privada en la provincia?"

La articulación del sector público con el sector privado en la provincia de Neuquén es muy baja, son subsectores que han tenido un crecimiento paralelo. El desarrollo importante que tuvo el sector público en la década del setenta y en la década del ochenta -en los primeros años de la década del ochenta- en la provincia del Neuquén fue acompañado también por un fuerte crecimiento y desarrollo del sector privado, por lo menos en las ciudades más importantes.

Hubo una transferencia o un intercambio permanente de recursos profesionales que pasaban del sector público a formar equipos en el sector privado, y yo creo que la medicina o el subsector privado en Neuquén es un sector que tiene un buen nivel desde el punto de vista de la calidad de sus profesionales y de su personal. Evidentemente, en los últimos años ha existido una notoria contradicción entre un progreso yo diría muy importante, casi desmesurado, del sector privado en la provincia, paralelamente con un deterioro del sector público, que se iba produciendo simultáneamente con el ajuste implementado en la Nación y que repercute significativamente en las provincias.

Esta es una de las contradicciones y es una de las perversidades de las que se ha hablado a lo largo de esta sesión. Lo que tiene que ser importante para nosotros es que aquellos que estamos realmente defendiendo al sector público, defendiendo al sector estatal, tenemos que encontrar las políticas, los instrumentos, y llevar adelante esas políticas con los instrumentos y la estrategias adecuadas para que esto no siga ocurriendo.

La mala administración, la entrega de servicios al sector privado no ha sido hecha solamente por los ministros o por los gobiernos provinciales. Todos sabemos que acá ha habido una política que ha forzado y ha obligado a una serie de situaciones que han superado a las conducciones que circunstancialmente han tenido estos sectores.

Y por otro lado, no es privativa del sector público, y yo les voy a contar para terminar, una experiencia, una situación que se está viviendo en este momento en la provincia del Neuquén con un policlínico muy importante, de las obras sociales: el ADOS Neuquén. Un policlínico donde trabajan cerca de 400 personas, que tiene aproximadamente 20 años de existencia, que se ha ido desarrollando con muy buenos equipos, muy buena calidad de atención, muy mal administrado por las obras sociales. Han tenido que recurrir permanentemente a subsidios del INOS en cantidades muchas veces millonarias, y en este momento, por un desacuerdo de cúpulas entre gastronómicos y el Instituto Ferroviario, ese hospital está a punto de ser comprado por algún organismo privado, y en los diarios de ayer de Neuquén ya se hablaba de una suculenta oferta, cercana a 15 millones de dólares, que estaría por hacer el Citibank para comprarle el Policlínico ADOS al Instituto Ferroviario.

Esto está generando una situación muy seria en cuanto a fuente de trabajo de todas esas personas, en cuanto a servicios, porque este policlínico era un punto (...).

(...) recursos suficientes, porque se atendían allí con muy buenos niveles de atención y sin pagar ningún tipo de coseguros. De modo tal que los problemas de administración y los problemas de traspaso de servicios al sector privado no son unicamente privativos del Estado.

Y me voy a permitir también, porque el señor Casinelli hizo dos veces referencia al tema de la leche, supongo que se refiere a la provincia de Neuquén. La provincia de Neuquén, en el año 1970 creó un programa materno infantil que incluía no solamente la entrega de leche, sino el control de menores, la atención institucional del parto, el control de la embarazada, las vacunaciones, etc., y ese programa se ha mantenido a lo largo de los años. Forma parte importantísima de la capacitación que recibe todo nuestro personal: enfermeras, médicos generales, etc., sigue siendo una prioridad fundamental del gobierno.

Cuando se creó este programa, cuando se puso en marcha este programa, la norma de entrega de leche era de dos kilos a todo niño menor de dos años que concurriera a controlarse a un servicio, cualquiera fuera su situación socioeconómica.

Esto se mantuvo a lo largo de los años, cuando había recursos para comprar leche para todo el mundo. Muchas veces fuimos criticados porque se veían señoras con tapado de piel salir de un centro periférico de Neuquén con dos kilos de

leche. La mortalidad infantil, como dije al principio, era de 108 por mil, y ¿con qué realidad nos encontramos nosotros cuando asumimos nuestra función el último diez de diciembre?

En primer lugar, que en el año 91 se había entregado un 60% menos de leche de la que debería haberse entregado -termino con esto- según normas, y nadie dijo absolutamente nada. Se entregaba la leche al voleo, a quien llegara primero, cuando no había, cuando había, etc. 60% menos que lo que indicaba la norma.

Entonces nosotros, ante una situación epidemiológica distinta, porque hoy tenemos una mortalidad infantil del 17 por mil, y ante una carencia de recursos que no la podemos ocultar -nosotros no podemos comprar 600.000 kilos de leche por año como sería necesario para poder continuar con esa norma- decidimos ajustar la norma de entrega de leche. Pero la leche se le entrega a los desnutridos y a aquellos que tienen factores de riesgo aún antes de ser desnutridos. El encargado de determinar si un chico que concurre al control tiene o no factores de riesgo es el médico. Gracias. (*Aplausos*).

Mario Hamilton: Yo quiero agradecer la participación de los integrantes de la mesa, felicitarlos no solamente por los contenidos sustantivos que fueron discutidos, sino también por la disciplina de los tiempos horarios que han cumplido rigurosamente sin tener que ejercer la función represora de coordinador de mesa.

Lamento, lamento -creo que era una mesa que daba para mucho más- lamento los compromisos de Marcela que dejaron el debate inconcluso. Espero que pueda ser recuperado.

Muchas gracias por la participación, la mesa está cerrada. (*Aplausos*).

EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Mesa redonda

COORDINADOR

Enrique Visillac

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Bs. As.

PANELISTAS

Carlos Bloch, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, CESS

Oswaldo Giordano, economista, director de ANSAL, asesor del Ministerio de Economía, miembro de la Fundación Mediterránea (no concurrió)

Claudio Lozano, director del Instituto sobre Estudios de Estado y Participación IDEP-ATE

Matilde Menéndez, presidente del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, PAMI (no concurrió)

Aldo Neri, ex ministro de Salud de la Nación

Eduardo Vasiliades, Secretaría de Salud de Posadas, Misiones

Comisión Organizadora: Nos ha llegado una carta de Matilde Menéndez lamentándose de tener que informarnos que no podrá estar presente debido a que no se encuentra en Buenos Aires en esta fecha. De todas maneras dice: "agradeciendo muy especialmente haber participado del evento, hago propicia la oportunidad para enviar mis mejores deseos de éxito y felicitaciones a los organizadores de las jornadas".

Enrique Visillac: Bueno, dando comienzo entonces a la mesa redonda de "El financiamiento del sistema de salud", quisiera en primer lugar agradecer a las autoridades de este VI encuentro y tercero de Medicina Social por haberme, bueno, honrado con la posibilidad de coordinar esta mesa. Creo que una mesa con un tema tan trascendente como el que mencionaba anteriormente, ya que nosotros, los que realizamos cotidianamente la atención de la población sentimos permanentemente la omnipresencia del problema económico en la atención de la salud. Cre-

emos que en este tema muchos de los panelistas puedan aclarar muchas de nuestras permanentes dudas y situaciones de preocupación que tenemos, porque la población a la cual nosotros asistimos muchas veces, conjuntamente con nosotros, no encuentra explicaciones para algunas situaciones que por falta de financiamiento o por falta de presupuesto que, por supuesto nadie puede negar su importancia, se ve limitada en todo lo que sea acciones de salud y desgraciadamente ese derecho irrenunciable muchas veces se deteriora y lo que nosotros atendemos precisamente es la enfermedad por la falta de inversión en salud.

Yo quisiera recalcar que estas jornadas, que son multitudinarias, y en las cuales participan una enorme cantidad de profesionales del equipo de salud, en algún momento seguramente van a llegar a sensibilizar a aquellos que tienen que manejar la parte de los fondos, la parte del presupuesto, porque pese a todas las dificultades y las crisis que nosotros vivimos creemos que esto puede modificarse, en parte, por lo menos, si se tienen prioridades en cuanto a la asignación de esos presupuestos y seguramente con esta asignación y prioridad con respecto a salud y acción social lograremos mejorar esta permanente injusticia social con la cual parece lamentablemente que muchos se han acostumbrado a vivir.

Bueno, yo voy a dejar en primer lugar al doctor Aldo Neri, ex diputado de la Nación y ex ministro de Salud Pública de la Nación, para que inicie su relato.

Aldo Neri: Yo voy a tener que hacer algo que no me gusta y que además es peligroso. No me gusta tener que irme antes de que termine la reunión, antes de que hayan empezado las posibilidades de diálogo con todos ustedes. Debido a un mal entendido involuntario de todos yo tenía esta reunión agendada para la mañana y no para la tardecita. Tengo a los 20:00 horas un compromiso con más de 30 personas que realmente no puedo levantar, ni puedo tenerlas dos horas esperando. De modo que voy a pedir mil disculpas de no poder estar en todo el desarrollo de este panel y al mismo tiempo pagaré el costo de irme habiendo hablado primero, dándole la oportunidad a mis vecinos de panel (...) oportunidad las cosas que yo haya dicho y a ustedes la oportunidad de criticarme con libertad en ausencia. Pero, bueno, esto es parte de los riesgos inherentes al oficio de exposición por ahí en lugares públicos que quedan totalmente moderados por las calidades personales de todos los presentes, al menos, de todos los que conozco.

Hoy estamos convocados para hablar de financiamiento de la salud. Esto de la plata yo quisiera encararlo por el lado de que la plata es mucho más que la plata. La plata en este caso está muy cargada de significados, como quizás muy pocas cosas se pone tan en evidencia, la ideología, la doctrina subyacente a un modelo de atención de salud de la gente o a un modelo de prestación de cualquier servicio social de salud. En muy pocas cosas se pone en evidencia como realmente en el financiamiento. Claro, el financiamiento completado con algu-

nos datos, el financiamiento no meramente planteado como cuánta plata, sino más bien de cómo funciona esa plata, de dónde viene, quién la pone, de qué bolsillo sale, quién es el que hace el esfuerzo para poner este dinero. Y por otro lado, quién es el que recibe el beneficio, quién es el que utiliza el servicio o recurso que se paga con esa plata que alguien pone. Y el tercer dato, que ya no es tanto de financiamiento, pero que es la tercera pata para entender cualquier modelo asistencial es qué tipo de servicio estamos brindando, cuál es la composición de ese servicio que estamos dando. Cuál es el alma, el contenido esencial de ese servicio que financiamos de una determinada manera. Si uno sabe eso, si uno entiende esas cosas, yo creo que entiende bastante de cuál es la ideología subyacente, cual es la doctrina, que puede ser, y lo es con extremada frecuencia, bastante distinta a lo que se dice, al discurso, al fundamento político declarado de un sistema de servicios de salud. Entonces, desde ese punto de vista lo que está sobre todo tentado a hacer es pensar qué es lo que está pasando en la realidad que vivimos, los argentinos, sí, pero que no es una realidad sustancialmente distinta a la que vive buena parte de los países de América Latina.

Entonces, durante muchas décadas hubo una corriente fuerte a través de esta especie de modelo imitativo del Estado de Bienestar europeo que implementaron algunos países latinoamericanos en algunos casos a nivel de caricatura del Estado de Bienestar, en otros casos con grados más o menos razonables de desarrollo, con grandes imperfecciones, pero todo este gran modelo de bienestar, supuestamente a lo que aspiraba era implementar eso que se llama la solidaridad social en el campo de la salud. Esto es una ecuación, no es solamente un concepto moral o político, es una ecuación que tiene una expresión económica práctica. Para decirlo con palabras bastante parecidas a las de Carlos Marx, al que conviene citar ahora que no está de moda, y no en la época en que lo citaba todo el mundo aunque era muy chiquita la minoría que lo había leído alguna vez, el modelo de pensamiento que subyace a esto es, bueno, a esta idea de solidaridad cada uno aporta de acuerdo a sus posibilidades y cada uno recibe de acuerdo a sus necesidades.

Este es el eje central de la idea de solidaridad, y es a través de lo cual, por distintos mecanismos se implementan sistemas de redistribución, que son los que torpemente, imperfectamente, de una u otra manera trataron de llevar adelante, yo diría la buena parte de los países de América Latina y Argentina también. Esto de que cada uno de acuerdo a sus posibilidades quiere decir que el que más tiene, que al que le va mejor, en la jungla de la sociedad y en la vida económica, aporta más. Llegado el momento de recibir el servicio tiene más o menos las mismas posibilidades que aquel otro que aportó menos. Esto tiende a igualar, de alguna manera. Esto puede funcionar a través de distintos mecanismos, a través del Estado. Un Estado teórico, muy distinto al argentino, que se financiara con

un régimen tributario, con un régimen impositivo, progresivo en relación con las rentas, con el ingreso de las personas, o sea que efectivamente los que más tienen, más ponen; bueno, en ese caso, los servicios que se financian así estarían encuadrados dentro de ese principio solidario, cosa que de ninguna manera sucede en la Argentina. ¿Por qué? Porque nuestro sistema impositivo, sino por un montón de razones que serían tema para otra mesa y para otros integrantes también que supieran mucho más que nosotros de estos asuntos, el sistema impositivo argentino es regresivo. Quiere decir, por ejemplo, tratar de mirar un poquito por debajo de la superficie de las cosas.

Cuando nosotros decimos servicios gratuitos en salud, educación, en lo que fuere, es muy lindo, yo también estoy de acuerdo y adhiero a los 100.000 manifestantes del otro día reclamando educación gratuita en la Argentina. Pero ojo, educación gratuita en la Argentina, tal como está la Argentina con este Estado que tenemos y con esta financiación pública que tenemos, implica que los pobres siguen, los pobres, los pobres en serio que aportan a través de los impuestos indirectos, que son la mayoría de los recursos del Estado argentino, que aportan proporcionalmente al ingreso familiar mucho más de lo que aportan la clase media y la clase alta, los pobres argentinos, siguen financiando, siguen subsidiando, en buena medida, la educación de la clase media argentina. Esta es la realidad que subyace por debajo de la superficie de las cosas. Quiere decir que, una bandera que es noble, que la defendemos muchos, decir gratuidad simplemente en salud, en educación, uso educación porque está mucho más de moda que salud, por ahora, más de moda significa lo que ponen los medios, es decir doble página, ese tipo de cosas. Quiere decir que entonces gratuidad sí, pero gratuidad cómo ¿no?

No basta la gratuidad. Tienen que darse otras cosas. En salud todavía es un poco peor, porque en salud, realmente es totalmente cierto que los más pobres están financiando parte de los servicios que están recibiendo los sectores menos favorecidos. Esto es claro en las obras sociales. Perdón, vamos un poquito atrás. Partamos de una cosa. En la Argentina la financiación del servicio de salud que recibe la gente viene privatizándose considerablemente, en los hechos. No hay ningún decreto de Menem, a pesar de que le gustan los decretos, no hay ninguna ley del Congreso.

¿La privatización en qué consiste? Consiste simplemente en que cada familia cada vez depende más de su bolsillo y menos de la financiación socializada que tenía antes, sea a través de lo que hacía el Estado, sea a través de lo que hacían las obras sociales. y dentro de esas familias que cada vez dependen más de su bolsillo los que más dependen son los más pobres paradójicamente. Primero por una cosa general que yo siempre he observado en esta dura realidad de la sociedad. Es muy caro ser pobre, es realmente muy caro ser pobre. Y sino vayan ustedes a cualquier villa e investiguen los precios a nivel de los bolichitos que les

venden alimentos a los villeros. Compáren eso con el supermercado donde compro yo y van a ver que es mucho más caro ser pobre que vivir donde vivo yo y comprar en el supermercado que compro yo. Entonces esto que lo podemos vivir y lo podemos ver en las cosas cotidianas y cómo son estas, también sucede con el sistema de salud. Privatizado paulatinamente ¿por qué?, no por una transferencia institucional, porque cada vez más hay que recortar más el ingreso familiar para pagar lo que antes se pagaba por vía colectiva, y los que tiene más dificultades para acceder son los sectores más sumergidos. Ya tienen dificultades. Muy claro en el caso de la obra social, ¿quiénes son los que más se automarginan en general de la atención de la obra social?, una obra social que cada día cubre menos cosas que cubría antes en nuestro país, digamos que si antes le daba el 70% del medicamento, ahora le da el 50%, si le daba el 50% ahora le da el 30%, o le suspendió la cobertura del medicamento y le pone trabas para alta complejidad, para ta, ta, ta, tantas cosas que tiene ir complementando la gente con plata de su bolsillo si es que se va a asistir.

El que mas se autodescarta es el que tiene realmente menos recursos, porque no puede pagar los coseguros, tiene problemas a veces incluso para manejarse en la maraña administrativa que significa una obra social, tiene menos capacidad de reclamo, menos amigos...bien ubicados... tantas cosas de la vida cotidiana que es lo que en definitiva vive cada familia, y que esto hace que esta sea la gente que se autodescarta de la obra social, pero sigue aportando su salario. Ese aporte que hace del salario: 9%, hoy por hoy, va a financiar a los que sí la utilizan. Los está subsidiando. Claro, él entonces golpea las puertas del hospital. Pero el hospital en este momento está realmente a alta presión. Por un lado porque los hospitales son provinciales, es difícil generalizar esto porque cada provincia ha tenido una aventura distinta en estos temas, pero en general ha habido un retraso en los presupuestos públicos hospitalarios.

Entonces, los hospitales están con menos recursos, con la moral muy caída, porque además los profesionales están ya con muy poco afecto societatis ¿no? por el sector público argentino como lo tuvieron en otra época, ahora no, entonces los hospitales muy alicaídos con una mayor presión de demanda, realmente están brindando servicios con dificultades y, en general, cuando hay dificultades, el que se joroba es el que está en los escalones más bajos de la escala social. Es decir que acá hay como un descarte de población, que esa población sigue aportando, paga sus impuestos, impuestos indirectos claro, porque no paga impuestos a las ganancias o al patrimonio porque no tiene, pero sí paga los impuestos indirectos porque es un consumidor, mientras puede es un consumidor y ahí paga lo que en buena medida utilizamos otros. Quiere decir que este es un problema, en buena medida, y estoy esquematizando mucho pues todo esto es más matizado obviamente, pero aparte de que la regresividad es muy fuerte, en términos socia-

les, del funcionamiento de estas modalidades de financiamiento, además funcionan muy duramente mecanismos de exclusión, que es lo que estamos viviendo en las distintas áreas sociales.

Miren ustedes que no por nada, cuando viene una propuesta en otras áreas emparentadas pero técnicamente distantes como es el área previsional, la reforma que se nos propone es una individualización de la aventura previsional, o sea que a través de sistemas de ahorro individual obligatorio, esto que se llama capitalización individual, administrado en este caso según la propuesta oficial, por empresas privadas de carácter comercial, yo ahorro a lo largo de mi vida y la plata que se va acumulando genera una renta, esa renta es la que va a incrementar mi capital y la que mañana va a cubrir el monto grueso de mi futura jubilación. Esto es realmente la quiebra de todos los mecanismos de financiación socializada. Esto es la quiebra de todos los mecanismos de funcionamiento solidario. Y, hay coherencia, porque en salud esta es la tendencia. Todavía no está formalizada en una ley. Yo no sé cuando va a salir esa ley ni cómo va a ser, tengo algunos pálpitos pero no lo puedo saber con mucha certeza. Pero, por cierto, a lo que va a tender es a eso. Seguramente va a dar garantía de alguna cosa muy básica que en salud es muy difícil de definir qué es lo básico, después comentamos un poco este tema del contenido. Entonces, vamos a llegar pues ésta es la tendencia, esto está pasando en previsión social, esto está pasando en educación claramente, la transferencia de población de educandos del sector público al privado es fenomenal en la Argentina, empezó mucho antes del invento menemista, empezó bastante antes, por cierto. No es post hiperinflación como otras cosas o post políticas de ajuste, como algunas otras cosas, se ha acelerado mucho y en salud viene más o menos pasando lo mismo.

¿Cómo se va a institucionalizar? No sé, seguramente acá hay gente muy conocedora que va a contar qué es lo que ha pasado en Chile dentro de una línea relativamente parecida, pero de todos modos la tendencia va a ser esa, aun manteniendo el esquema básico de las obras sociales argentinas. Aun manteniendo ese esquema básico hay muchas modalidades por las cuales, en definitiva, la diferencia para recibir una atención más o menos completa la va a tener que poner cada uno de acuerdo a sus posibilidades. Así viene, estoy proyectando la tendencia actual. No soy fatalista. No soy determinista. Creo que estas cosas son modificables, pero son modificables si somos realistas, no meramente si recuperamos un discurso viejo que pudo ser joven, lozano y realmente útil en momentos en que la sociedad, el mundo y el Estado era diferente. Perdón ¿no sé he dicho algo que parece...? *(alguien que aclara) (risa)*, ¡¡...no era una alusión personal!!, no tiene nada que ver con el discurso de Lozano, cosa que, por otra parte, estoy a cubierto de poder haberlo insinuado porque no lo conozco, de modo que no pude insinuarlo, no lo he escuchado a Lozano nunca.

Pero quiere decir que no va a bastar con eso. Vamos a tener que absorber algunas realidades, también para pensar el problema del financiamiento. Algunas de esas realidades que son también prehiperinflación y preneoliberalismo menemista, en este país, son por ejemplo el cambio del sistema productivo que ha generado todo el cambio el proceso paulatino de desindustrialización de la Argentina, ha generado cambios muy sustanciales en lo que es la estructura de empleo, el modelo social, la estructura social argentina. Cuando Onganía larga la 18.610, la Ley de Obras Sociales, la que universalizó el sistema de obras sociales, 1970, en la Argentina no alcanzaban ni al 25% las personas que estaban cubiertas por obras sociales. cinco años después, a mediados de la década de 1970, estábamos en el 80% de los cubiertos por obras sociales (estoy redondeando, me puedo estar equivocando por unos puntos, pero pocos). Pero, por cierto, esto quería decir que el 80% de la población argentina trabajaba con relación de dependencia.

Hoy, yo no tengo las cifras actualizadas, pero estoy seguro que debe superar por muy poco al 60% de la población argentina con esta en relación de dependencia. Quiere decir que hay entre un 35% y un 40% de gente suelta, de "cuenta-propistas" de los cuales hay de todo, desde los que les va muy bien y en este momento llena aviones para veranear en el Mediterráneo, en Miami o en cualquier otro lugar del mundo que no sea su humilde país, o, también, una mayoría a la que le va muy mal, o le va de regular para abajo y que ha perdido la cobertura que daban los mecanismos de la seguridad social, en sentido más general, que son mecanismos financiados, fundamentalmente, a través del salario. Esto es un cambio importante. Esta gente, algunos caerán en los prepagos, caen, están en los prepagos privados, otros muchos caen en el hospital público, pero el hospital público, con los mecanismos actuales de funcionamiento y de financiamiento, tal como están instituidos, no los que venimos hablando hace 30 años. No es poco tiempo. Yo por eso no puedo hablar de reforma hospitalaria. Me da urticarias ni bien escucho o me pongo yo a hablar de reforma hospitalaria, porque no tolero más que sigamos hablando de cosas que realmente lo que hemos demostrado todos, el que esta diciendo esto inclusive, por las responsabilidades que ha tenido en su momento, es una gran incapacidad para modificar las cosas, sabiendo en buena medida cómo era que tenían que cambiar.

Yo creo que porque apretamos los botones equivocados muy probablemente. Hay que revisar la botonera y una de las cosas que hay que revisar en la botonera son los sistemas de financiación. El hospital público, así como lo conocemos, financiado de rentas generales del Estado, por impuestos, para atender a los pobres, está condenado.

Vamos a ir cerrando en los próximos diez años uno a uno los hospitales públicos argentinos, no les quepa ninguna duda. Y, además manejarlo por las burocracias centrales, llámese la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad, esta a

la que mi amigo Visillac conoce largamente por tratativas cotidianas que tiene que tener con ella, llámense los ministerios provinciales, llámese lo que se llame.

Bueno, una de las cosas que hay que cambiar es el sistema de financiamiento, y tenemos que cambiar la cobertura de los pobres. Los pobres no tienen que cubrirse más por los presupuestos públicos. Esto no se hace de un año para el otro, pero hay que buscar mecanismos para que el pobre pueda tener una cobertura sí, pagada por el Estado, pero por un mecanismo distinto. Esa cobertura se la tiene que dar el Estado como si él trabajara, como si no fuera un indigente asistencial, como si él trabajara. Por eso hay una idea muy linda, que ha largado el gobierno y que me temo que la va a retirar en cualquier momento, es lo que pasa con las pocas buenas ideas que en el campo social se le han ocurrido en estos tres años de gobierno, es la idea de la cuota igualitaria promedio de toda la obra social. No quiero atiborrarlos a los que no conocen esto con descripciones técnicas, pero es tomar toda la plata que tienen las obras sociales, dividirla por el número de afiliados o beneficiarios que tienen...

Carlos Bloch: Milton Terris dice que esta era de políticas de ajuste, de reducción de los presupuestos dirigido a los gastos sociales empezó a finales de la década de 1970, específicamente en Inglaterra con la Thatcher en 1979 ascendiendo al puesto de Primer Ministro de Gran Bretaña y en 1980 con Ronald Reagan en Estados Unidos. Lo que él llama el modelo Reagan-Thatcher que fundamentalmente en sus países apuntaba a acentuar los costos del ajuste en los sectores trabajadores y en las clases medias, o sea cargando los impuestos a esos sectores y evitando que los sectores más poderosos aumentaran su cuota de privilegio. Dice Milton Terris que este tipo de políticas de reducción presupuestaria y de fuerte tendencia a la privatización, fue exportada al resto de los países del mundo y particularmente en Latinoamérica, fundamentalmente a través de dos mensajeros, el FMI y el Banco Mundial, y éste en particular solicitaba la adhesión de los países a políticas de austeridad poniéndole algunos condicionamientos a los distintos empréstitos para poder ir resolviendo sus agudos problemas financieros y estas políticas de ajuste, de alguna u otra forma se vienen aplicando a partir de estas recetas que con mayor o menor énfasis o entusiasmo, aplican casi todos los países de nuestro continente americano.

Y a algunos parecerá que esto que dice Milton Terris del cual yo comparto, muy modestamente en el que esto es una consigna. Por eso me voy a permitir hacer una breve síntesis de un documento que ha sido la base prácticamente de mucho de lo que se ha desarrollado en políticas de salud en América Latina, me refiero al documento del Banco Mundial de 1987 que se llama así: "Financiamiento de la Salud en un País en Desarrollo, una Agenda para la Reforma". Este documento que fue adquirido fácilmente porque ha sido publicado por el Boletín de

la Oficina Sanitaria Panamericana parte primero de lo que es un cambio conceptual de lo que es la salud. Parece que ha entrado en desuso el concepto integral de la salud. Los autores de este documento oficial sostienen que no se puede hablar más de una salud integral, que los bienes y servicios que los sistemas de salud brindan en general hay que dividirlos o clasificarlos en dos características fundamentales: uno, que son aquellos bienes de carácter privado que precisamente por ser privados van a satisfacer la necesidad individual y le llama componente de los beneficios privados. El otro, el que no interesa al individuo en general, que sí puede interesar a la comunidad es del que se tiene que hacer cargo el gobierno porque el individuo en particular no estaría dispuesto a poner un penique para costearlo.

Entonces, es una gran división, los beneficios privados en los que los individuos están dispuestos a pagar pues esto es lo que sienten como una necesidad y prácticamente todo el componente de lo que es la medicina curativa estaría dentro de lo que el documento se refiere como beneficios privados y beneficios públicos, lo que tienen que hacer los gobiernos porque esto en general no lo va costear desde el bolsillo directo de los individuos y en términos generales son las grandes acciones que los gobiernos deberían desarrollar, campañas de inmunización, la protección materno-infantil, etcétera.

Bueno, es difícil entender cómo diferencian al SIDA, si es privado o público, el cólera, cuánto de privado o público tiene el cólera, y, en fin, habría muchos otros tipos de problemas que no sería fácil de discernir. Pero ellos tienen claro que hay un componente que es la medicina curativa y que esto puede ser una forma de ayudar a resolver los problemas graves de financiación que hoy están a cargo de los gobiernos.

Y la propuesta de ellos, esta propuesta política de reforma la resumen en cuatro ítems. Uno de ellos es el cobro de aranceles a los usuarios de servicios gubernamentales. Como parten de esta filosofía de los servicios privados y públicos todo lo de medicina curativa que hoy hacen los servicios públicos es que deben ser cobrados si la gente está dispuesta a pagarlos. Frente a la duda que ellos se plantean respecto a los pobres, a los realmente pobres que no están en condiciones de pagar es cómo se podría resolver y tienen dos o tres fórmulas que recuerdan a grandes debates que en la Argentina hubo en la década de 1920. Una de las formas es encargarle al líder comunitario, que conoce a la gente, que le dé el certificado de eximición de pago, el certificado de pobreza. Creo que en la década de 1920-1930 acá en la Argentina era el comisario el que daba ese certificado. Pero esto puede crear problemas de "clientelismo", porque esto también puede ser manejado o manipulado, entonces termina como propuesta de dejarle al grado de discriminación que tienen los agentes quién puede entrar sin pagar, quién tiene que quedarse a la espera pagando los aranceles que se piden.

Bueno, yo no quiero entrar en un debate sobre esto, por otro lado los aranceles de los hospitales se están popularizando, simplemente me remito a un trabajo que se publicó muy recientemente aquí en el año pasado del economista inglés que es experto en economía de la salud, John Smith, que precisamente recoge la experiencia de Asia y Africa sobre arancelamiento en el sector público y llega a la conclusión primero, que es muy difícil aplicarlo, segundo, que es altamente irritativo porque agudiza la inequidad y simplemente carga en los más pobres aun mas pobreza por su imposibilidad de pagar aunque sea los módicos aranceles públicos que Asia y Africa pretendían cobrar.

El segundo componente es estimular la provisión de seguros de salud u otro sistema que cubra el riesgo de enfermarse. Aquí se está refiriendo a los seguros de salud compulsivos, lo que llamamos los seguros sociales, seguro de salud o enfermedad de tipo compulsivo. No es una fórmula que la sugieran con mucho énfasis, en cuanto le atribuyen a estos seguros sociales la responsabilidad mayor de los costos crecientes de la atención de la salud que prácticamente ha comprometido la economía de muchos países. En consecuencia, como también tienen un recetario para todas las situaciones, lo que están proponiendo es que estos seguros sociales no cubran la medicina curativa de todos los días, digamos de la mediana y baja complejidad y que simplemente esté cubriendo lo que ellos llaman situaciones catastróficas de tipo individual, o sea cuando el individuo se encuentra en una situación catastrófica, no clarifica mucho el documento hasta dónde llega la catástrofe, eso es lo que deberían cubrir los seguros sociales y no el conjunto de toda esta atención que el individuo puede pagar de su bolsillo.

La tercera, y ésta es la que parece de mayor agrado a los autores del documento es el empleo eficiente de los recursos no gubernamentales. En este pomposo título de la lectura de unas cuantas páginas que son de este ítem dice claramente que hay que ayudar a desarrollar al sector privado y al sector privado lucrativo, pero también al sector privado no lucrativo para lo cual hay que impulsar los modelos de prepagos, de seguros privados o fórmulas parecidas, de modo tal de que este sector asuma, si no la totalidad, la casi totalidad de la medicina curativa porque, en general, lo que convendría, es que los pocos recursos financieros que tienen los gobiernos lo usen para la gente que no va a pagar, que es lo que estamos hablando del término que ellos usan de beneficios públicos.

Y el último capítulo es el que habla de descentralización del servicio de salud gubernamental. Y acá uno diría, bueno, abren el gran debate de la descentralización, si la descentralización es un proceso de transferencia del poder a los sectores locales, si es un mecanismo democratizador, no, nada de eso está en el documento. La descentralización está entendida como precisamente, como que a nivel local se mejoren los mecanismos de recaudación, que se incentiven los mecanismos de mercado de modo tal que si la gente, por estos incentivos, se siente

comprometida con los servicios, van a ser mucho más eficientes en el cobro a los usuarios de estos aranceles que ellos pregonan, o sea que el capítulo de descentralización pasa, para el documento del Banco Mundial, por mejorar la recaudación de los aranceles hospitalarios y esto es mucho más efectivo si lo hacen a niveles locales.

Esto es una síntesis de la propuesta, incluso al final de este capítulo de descentralización señalan que no sería conveniente que los hospitales den atención gratuita, que ha demostrado ser inadecuada porque si los hospitales nos dan atención gratuita, esto va a desalentar al sector privado que no va a tener interés en hacer inversiones porque la clientela potencial estaría siendo cubierta por el sector público.

Ustedes dirán que yo estoy exagerando, que estoy haciendo una caricatura, pero les puedo asegurar que los que lo han leído, y aquí hay mucha gente que lo ha leído, son testimonio de que no he exagerado un ápice, si bien puedo haber puesto el acento en aquellas cosas que más me golpearon. Puedo aquí dar fe, pongo las manos sobre la Virgen, que no he agregado ni he quitado una palabra y de que éstas son las propuestas que de una u otra forma se están aplicando en nuestros países.

Si uno se remite a lo que pasa en la Argentina y empieza a analizar estas fórmulas va a encontrar primero que el cobro de arancelamiento, pese a que había una larga tradición en la Argentina, no en otros países pero si en el nuestro, de este concepto de hospital "gratuito", porque nunca fue gratuito, primero porque esto viene del aporte de cada uno de los contribuyentes y el contribuyente mayor en un sistema regresivo como el nuestro es el conjunto de los consumidores y este conjunto son la gran mayoría del pueblo de modo tal que nunca fue gratuito. Pero esto ha sido una tradición que se mantuvo durante muchos años, fundamentalmente con los gobiernos democráticos y se eliminaba con los gobiernos militares. Ahora, con esta suerte de *aggiornamiento* a esta corriente neoliberal, que en otros países está entrando en crisis pero aquí parece que está floreciente, prácticamente en buena parte de los hospitales de Capital Federal, puede ser que esté equivocado, esta es la información de que dispongo, pero hay muchos en el interior que hoy cobran aranceles, con distintos pretextos se trata de eximir al que no puede, pero en la práctica, a través de la cooperadora, a través de esta coacción moral de que el que no puede se siente muy mal si no aporta. Tengo que cerrar.

Yo simplemente quería remitirme al tema del arancelamiento, el tema de la privatización, el tema de este concepto de descentralización, no como lo refieren estos autores, pero si de transferir desde el Estado a otros grupos la responsabilidad del costeo de lo que significa educación, salud. Lo estamos viendo en educación, con el tema de la transferencia de las escuelas, etcétera, y el tema fundamentalmente de incentivar al sector privado, esto en la Argentina tiene plena vi-

gencia. Si uno analiza los dos documentos que tuvieron cierto estado público como propuesta de cambio del financiamiento del sistema de salud en la Argentina, me refiero al primer documento del año pasado de FIELADEBA y el más reciente, y lamento que Giordano que es uno de los autores de este proyecto de OSAM, Organización Solidaria de Acción Médica, que uno de los gestores no esté acá para poder conversarlo con él, y el de OSAM que está también en el debate, en el fondo tienen el sello de lo que se está dando en América Latina, este profundo proceso de privatización, recoger este concepto de que la medicina curativa es de interés individual en este mundo donde se tiende al individualismo, a la desagregación, a la falta de solidaridad. En consecuencia en esta nueva "ética" vale esta propuesta de OSAM, FIELADEBA, difiero aquí con respecto al CUPAM, pero abríamos un debate que en el fondo del CUPAM está precisamente minimizar a extremos de pauperismo porque lo que pueden dar con ese CUPAM, realmente no alcanza a diez dólares por cápita y con eso es poca la atención que se le puede brindar hoy al conjunto de los beneficiarios del sistema de seguridad social. Pero, esto de implantar estos modelos en la Argentina, siendo un profundo retroceso, con todas las deficiencias que tenía el Seguro Nacional de Salud, tenía aspectos rescatables que nunca se llegaron a implementar, o sea olvidamos una ley que a duras penas fue reglamentada, nunca fue llevada a cabo y ni siquiera está en el debate de la opinión pública de por qué se abandona una ley que costó siete u ocho años de discusión y se toma un nuevo proyecto de reestructuración del sistema de la seguridad social, que es un franco retroceso respecto a este proyecto que con sus limitaciones hacía un replanteo que de alguna forma era un mejoramiento del sistema de financiación solidaria que había por lo menos para el sector de trabajadores en la República Argentina.

Dejo abierto el debate, mi intención fue ser polémico y también definir mi punto de vista respecto a que estos modelos de privatización, que son los que están privando, han mostrado en Estados Unidos un encarecimiento brutal del costo de la atención médica, para dar un solo detalle: el costo global administrativo de los seguros privados de salud es 14 veces más que el seguro nacional de salud canadiense y 11 veces más que el mismo MEDICARE norteamericano o sea que nos están vendiendo que la eficiencia está en los seguros privados y los prepagos es una forma de seguro privado, es también querer engañar a la opinión pública no poniendo toda la documentación que hay en el mundo, y fundamentalmente en Estados Unidos, porque el modelo es el modelo norteamericano cuando los mismos norteamericanos lo están cuestionando profundamente, dado el fracaso de estos seguros privados que ha dejado casi a 40.000.000 de ciudadanos norteamericanos sin ningún tipo de cobertura. (Aplausos).

Enrique Visillac: El doctor Eduardo Vasiliades es el Secretario de Salud de Posadas, Misiones, a continuación nos va a referir su experiencia local.

Eduardo Vasiliades: Yo creo que con las exposiciones anteriores, todo lo que tiene que ver con el macroanálisis del financiamiento del sistema, tenemos como para después posteriormente discutir bastante. La intención que yo tenía viniendo desde una lejana provincia es cómo todo esto que se expresa en términos de lo macro es llevado a la práctica y se me ocurrió que una buena forma de entrar, y les recomiendo a ustedes también, es releer todas las conclusiones de las jornadas anteriores para ver en qué nos estamos repitiendo, qué hallazgos ha habido, y qué aporte se han logrado sobre este tema. Yo recuerdo en la primera jornada gracias al aporte de economistas como Aldo Ferrer, como Jorge Kats, invitados como Eduardo Bustelo, Miguel Teubald, de pronto quienes habíamos andado en este campo empezamos a adquirir conocimientos que hasta ese momento parecían muy difíciles, por lo menos estaban vedados y al que solamente alcanzaban los economistas. Y de pronto aparece esta cifra que se empezó a socializar "...en la Argentina se gastan 5000.000.000 de dólares anuales y el gasto per cápita es de 180 dólares..." y entrábamos a comparar con otros países, esto es bueno, esto es malo, esto representa el 7% del producto bruto interno, pero más allá de que mucha gente lo dijo, esta generalización de un dato tenía el mismo riesgo que ha tenido siempre la mortalidad infantil; por ahí decimos desciende, pero desciende en dónde, qué pasa en la Capital y qué pasa en la periferia, qué pasa en la ciudad de Posadas, por referirme al lugar de donde provengo, y en los barrios periféricos de esta misma ciudad. Pero fue un avance, como fue un avance saber cuáles eran los componentes de esa deuda externa de la cual hablamos al referirnos al gasto en salud, y también fue un avance en determinado momento el decir, bueno, en ese gasto en salud el 80% se lo llevan los médicos, la asociación de clínicas y sanatorios y la industria farmacéutica.

En este momento también recuerdo a Mario Testa, cuando decía al hablar de crisis, estamos hablando de crisis del financiamiento también estamos hablando de crisis de la organización, de crisis de la eficacia y recuerdo que hace una figura, que me quedó muy grabada, de un ideograma chino que decía: "Crisis por un lado tiene un componente de caos y un componente de oportunidad" y esto abría una esperanza, de decir bueno estamos en crisis pero crisis significa la necesidad de un cambio y también entramos a debatir esto del Estado como institución o el Estado como espacio donde poder operar. Y esto se fue dando en estas reuniones, esta es la sexta, lo cual implica una continuidad, que implica un enorme esfuerzo, un ámbito de discusión donde se puede avanzar discutiendo, aunque a veces nos enojemos porque no operativizamos. Pero, de nuevo, a partir de toda esta información que yo creo que debe estar presente, yo me planteo una vieja

pregunta que se planteaba Aldo Neri en uno de sus trabajos: ¿qué es lo que estamos ofreciendo? y esto sí me da la impresión de que más allá de que enunciemos, es decir, tenemos que hablar de educación, tenemos que hablar de salarios dignos, tenemos que hablar de viviendas, tenemos que hablar de saneamiento ambiental, a pesar de todo lo que estamos diciendo aparece soslayado en los discursos a lo largo de la historia de estas jornadas.

Quiero ser muy claro en esto, creo que todos lo tenemos presente, pero un poco es lo que ha ido quedando de lado para puntualizar a ver ¿cómo financiamos este sistema?, porque podremos buscar formas de financiamiento, podremos discutir injusticia del tema de cómo se viene dando esto, pero todavía no nos estamos preguntando qué es lo que estamos ofreciendo en cada uno de nuestros hospitales para saber si este sistema de salud es o no justo. En función de esto yo quería puntualizar algo que tiene que ver con nuestra realidad. Posadas es una ciudad de 230.000 habitantes de los cuales no alcanza el 50% de la población a tener agua potable, no alcanza el 10% de su población a tener una red cloacal. Fíjense que hermoso lugar para un festival de cólera o de inundaciones como en realidad hemos tenido este segundo aspecto, habiéndonos salvado del primero. Pero, aparte de eso, ustedes saben que a 80 kilómetros de la ciudad de Posadas se está construyendo una represa, la de Yaciretá, que todos los beneficios de esa represa van a ir de ahí aguas abajo, aguas arriba queda todo el perjuicio.

Para que ustedes entiendan la gravedad que alcanza esto, la ciudad de Posadas tiene nueve arroyos subterráneos que la atraviesan y que periódicamente aparecen en superficie. Por lo tanto actúan como una cloaca abierta. Esta ciudad tiene cada vez un crecimiento muy acelerado y, cada vez más, estos arroyos se van contaminando. Por ahora, el río Paraná, que pasa enfrente, renueva su caudal diariamente, por lo tanto medianamente estas cloacas a cielo abierto todavía tienen posibilidad de desagotar en el río. Pero, cuando la represa esté funcionando, no solamente el agua sube hasta la cota 84 del nivel. Esto va a dejar enormes terrenos anegadizos con lagunas, con todo lo que ustedes se imaginan que va a ocasionar, sino que el río va a permanecer frente a la ciudad de Posadas durante 29 días, o sea la renovación de esas aguas va a ser cada 29 días. Estos mismos nueve arroyos van a quedar detenidos e imagínense, si ya antes eran una cloaca, lo que van a ser ahora, si es que hay alguna palabra que pueda superar esta circunstancia. Esto ocurre, porque las llamadas obras principales de Yaciretá tienen financiamiento internacional y más allá de las consultoras que han hecho pingües negocios con esto (...) que viene a ser en la ciudad la relocalización debería estar financiado con fondos del tesoro nacional. Esto ha hecho que se atrasara de tal manera que aunque muchas de las obras complementarias empezaran ahora, no se podría llegar a tiempo a terminarlas, lo cual implicará un costo gravísimo y un atentado tremendo contra la salud de la ciudad de Posadas y de la

ciudad de Encarnación que tiene la misma problemática.

Entonces, a los que siempre hemos andado en atención primaria y asistiendo a estas jornadas y de pronto nos toca estar en la municipalidad de una ciudad en estas condiciones se nos empieza a plantear qué hacemos como parte de la atención médica. Esto que decía Casineli esta mañana que por ahí se soslayan los aspectos de educación, vivienda, agua potable y la red cloacal, han pasado a ser para nosotros el motivo fundamental de preocupación. Nuestra intención al traerlo acá, puede que muchos de ustedes se estén enterando de lo que va a pasar en nuestra ciudad, pero indicaba la otra visión de la problemática de salud, aquella que tiene ver con las reales intenciones de la población y no a veces, la que los que somos integrantes de un equipo de salud, pretendemos para nuestra gente.

En los trabajos barriales, nosotros llevamos años no solamente en esto, sino también trabajos anteriores en zonas rurales, al trabajador de salud se lo identifica como alguien que va a recepcionar el pedido que tiene que ver con la problemática específica de una sala de primeros auxilios, de la injusticia de la atención en el hospital, de los turnos a las cinco de la mañana para que el médico se vaya a las diez, de las cosas que no hay, de las cosas que hay que pagar, del médico que no vino, pero sin embargo con este trabajo de años hemos empezado a ver otra cosa. Empezamos a ver todo lo que la campaña de difusión del cólera ha ayudado, mucho más que la sala, mucho más que los aspectos de atención, empezó a aparecer una conciencia respecto al reclamo de cosas perentorias como es el agua y la red cloacal, como situación realmente dramática. Y alguna vez, en alguna de estas jornadas decíamos que cuando nos entra la angustia y la ansiedad de qué es lo que estamos haciendo es que por ahí seguimos soslayando el tema de los tiempos, el tiempo de los pueblos y el tiempo de los técnicos no siempre son parejos, nuestra necesidad o nuestras urgencias, o como funcionarios o como militantes de alguna organización llevan a intentar a que tengamos repuestas nosotros a corto plazo, cuando en realidad, si acompañamos y sabemos escuchar, el proceso va creciendo.

Y, creo que no me perdonarían en el trabajo del tema medicamentos, que también tiene que ver con esto de qué es lo que estamos ofreciendo, los valiosos aportes que Horacio Barri o Escudero hicieron en distintos trabajos, y bueno si estamos estudiando y viendo esta composición del gasto, ¿cuánto de esto se está llevando algo que estamos ofreciendo y que por ahí no es todo lo que debería hacerse?

Entonces, como para cerrar ¿hacia adónde vamos con esto? Yo sigo creyendo en lo que se sigue diciendo desde las primeras jornadas: mientras se hayan abierto espacios de debate donde realmente exista participación, las cosas se van a ir logrando gradualmente, el enfrentamiento a todo el tema de los ajustes, vamos a encontrar quién lo ayude y dé fuerza, porque esto, en última instancia, no puede

ser un debate que quede exclusivamente en esferas del campo de lo intelectual sino en el campo de la práctica. Un poco antes de salir de Posadas, con muchas comisiones vecinales, estábamos trabajando, apareció una decisión que para mí es trascendental. Había llegado vía Ministerio de Bienestar Social dinero destinado a la construcción de salas de primeros auxilios para el área de competencia municipal. Bueno, créanme que en una asamblea salió otra decisión que ese dinero se dedique a la construcción de letrinas y que ese dinero se dedique a los pozos perforados de agua con bombas y tanques elevados. Quiero para terminar rescatar esto. Sin ninguna duda que estos debates, como el que hemos trabajado con el tema de financiamiento, siguen escondiendo dentro de esas cifras que generalizan, la injusticia enorme que sigue existiendo en cada lugar, sigo insistiendo que esos 180 dólares de acá no son los 180 dólares de (...) teniendo un enorme cantidad de gente que no puede acceder en forma oportuna a los hospitales. Gracias. (*Aplausos*).

Enrique Visillac: Bueno, ahora el señor Claudio Lozano, director de Estudios de Estado y Participación de ATE nos dirigirá la palabra.

Claudio Lozano: Bueno. Tengo algunos problemas. El primero de ellos es hablar último, lo cual me implica que hay varias cosas que ya se han dicho. El segundo es que los especialistas presentes en la mesa señalaron cuestiones económicas por lo cual mi aporte que iba a estar centrado fundamentalmente desde la economía, pareciera que tendería a desplazarse a la cuestión sanitaria, lo cual me agobia bastante. En tercer término, porque faltan los defensores o en todo caso los que podrían poner una pizca de lo que es el discurso oficial en la materia y que por cierto hubiera hecho mucho más rica la discusión de este debate. Por lo tanto, lo que voy a tratar de hacer es retomar algunas de las cosas que se han dicho y sintetizarlas y tratar de puntualizar algunas cosas de la presente coyuntura que me parecen importantes. Como decía Bloch antes, nosotros hemos vivido prácticamente más una década de predominio de políticas de ajuste que, casualmente, han definido una especie de agenda de recomendaciones para el conjunto de las políticas sociales donde aparecen privilegiados tres ejes fundamentales. Uno es el eje de la descentralización, otro es el eje de la privatización y otro es el eje de la focalización. Por cierto, en el campo de la salud, no hemos vivido una excepción, ya que esto ha estado presente como discurso y como planteo. En este marco vivimos también la transformación respecto a la concepción del derecho de salud, en donde crecientemente se está tendiendo a desdibujar el papel del Estado y en donde ha ido ganando un protagonismo creciente el rol que, en materia de garantías, debiera ocupar el mercado. En este marco, parece lógico que la discusión sobre la cuestión de la salud tenga una arista eminentemente finan-

ciera en el modo en que se plantea predominantemente el debate. Se afirman, por lo tanto, criterios que por un lado convalidan la tendencia creciente a la privatización de la medicina, en segundo término a la progresiva estratificación de los niveles de cobertura médica en relación con los distintos ingresos poblacionales, y en tercer término, la renuncia expresa del Estado a su papel rector en un área tan clave como la cuestión que estamos discutiendo. Es el efecto en todo caso de un modelo que en lo económico ha eliminado e incluso parece no tener límite porque persiste en esto, prácticamente todo mecanismo de distribución de riquezas y en lo político un modelo que aparece signado por el desplazamiento de los mecanismos naturales que debería tener el debate democrático conformando un modelo de Estado cuya tendencia parece ser la de ajustar y definir sus políticas en nombre de intereses corporativos, los cuales en alguna medida tienden progresivamente a subordinar las decisiones políticas a intereses básicamente minoritarios.

Digo que no hay integralidad en el debate porque el discurso oficial suele enfatizar el problema de la cuestión sanitaria desde una perspectiva básicamente médica, renunciando a considerar el papel determinante que tienen las necesidades básicas insatisfechas de prácticamente la mitad de la población argentina en la determinación del nivel sanitario de la población. Digo esto además porque cualquier debate serio en la materia involucraría considerar el conjunto de los elementos que forman parte del sistema, tanto al sector público, las obras sociales como al sector privado y sin embargo el centro de la reforma en materia sanitaria parece descansar en la reforma al régimen de obras sociales. En suma, se consideran sólo algunas de las cuestiones financieras y algunos aspectos de la demanda y se desdibuja todo lo relativo a la oferta de servicios sanitarios, a los cambios tecnológicos, a la dinámica demográfica, es decir un conjunto de factores, que por cierto también debieran estar en la agenda de debate.

Que sólo se ponga en discusión el régimen de obras sociales como nota determinante de la cuestión, a mi juicio revela que en principio lo que está en discusión es el reparto de un mercado que cifras más, cifras menos, supera los 2.500.000.000 de dólares al año y, en segundo término, que lo que está en proceso aún, y por eso vivimos avatares de distinto tipo es la agonía del modelo sindical tradicional en el marco del dispositivo menemista. Estos dos elementos explican en principio los avatares y desviaciones que van desde la instrumentación del decreto desregulador y la reforma al proyecto de obras sociales ambos vinculados al intento de abrir el mercado al capital privado, a la devolución del manejo de los fondos en base a discusiones y prebendas de carácter corporativo, en donde se ha excluido absolutamente el debate comunitario en pro de un mejor sistema de salud. Los tres años de gestión menemista en nada parecen haber alterado la crisis de un sector que observa en principio que ante el deterioro del ni-

vel de vida se multiplican las demandas poblacionales sobre los bienes y servicios públicos de carácter gratuito. En segundo término, que se mantienen como forma de financiamiento de estos servicios el predominio de formas de recaudación fuertemente regresivas e injustas. En tercer término, que ante cualquier proceso de achicamiento del nivel de actividad y del consumo como los impuestos que sostienen están vinculados a este aspecto del funcionamiento económico, se pone en crisis el sostenimiento mismo de los propios gastos sociales.

Digo que tampoco se han alterado otras cosas. No se ha alterado que los asalariados, por ejemplo, pagan varias veces su derecho a la salud, lo pagan como sujetos prioritarios en la presión tributaria, lo pagan como contribuyentes, lo pagan como pagadores de diversos coseguros y lo pagan como consumidores del mercado interno. No se ha alterado tampoco el hecho de que buena parte de los recursos del sistema, prácticamente el 70% de los mismos, tienen como destinatario principal al sector privado. Lo cual es un marco indispensable para evaluar el rumbo que adoptó el sistema de obras sociales, cuya desnaturalización radica casualmente en haberse convertido en un mercado cautivo de la medicina privada y en haber transformado progresivamente un sistema que en teoría era de cobertura del riesgo de enfermarse, en otro, donde el que puede pagar lo sigue usando y el que no concurre al hospital público. El predominio del sector privado tampoco puede dejarse de lado al considerar en principio la primacía que ha adoptado dentro del sistema de salud en la Argentina una estrategia de salud puramente curativa, sin acciones de promoción y de prevención, cautiva del sector privado y con mecanismos de contratación y de pago perverso que han privilegiado tecnología innecesaria y donde han abundado la sobreprestación de servicios y la sobrefacturación de prácticas.

En segundo lugar, tampoco se puede prescindir de esto cuando uno considera la escasa capacidad, incluso medida en términos de recursos que le quedan a la Secretaría de Salud a nivel nacional para poder incidir en las características y en el destino del gasto. Aspecto que seguramente tiene algo que ver con el nivel, inusualmente alto que en aparatología y en medicamento presenta el gasto en nuestro país. Digo que todos estos elementos básicos no se han alterado y que están en parte en algunos de los señalamientos que hicieron quienes me precedieron en el uso de la palabra, digo que no se ha alterado porque el programa en curso en principio muestra, primero, un nulo intento de modificar la pauta distributiva de los ingresos a nivel de la sociedad argentina.

Y digo esto por dos razones. En principio porque, pese a lo que señala el proyecto oficial de reforma al régimen de obras sociales, sí sostengo que el deterioro en la participación asalariada es uno de los componentes a tener en cuenta los límites que en materia de cobertura y caída de los ingresos han estado presentes en el marco de la crisis global del sistema de obras sociales. Digo también esto

porque en algunas de las cosas que acá incluso se mencionaron es difícil pensar que, sin alterar una pauta distributiva que le asigna a los asalariados poco más del 20% del total de los ingresos, sea viable pensar en políticas sanitarias medianamente sólidas. Y digo que no se pretende modificar la pauta distributiva porque se ha instalado una especie de norma en donde se establece el criterio de negociar salarios por productividad, con lo cual a lo que se tiende es primero a palear que esta distribución que es la que tenemos hoy será la que tendremos en el futuro, y en segundo término determina también que se promueven las feroces diferencias salariales al interior de los propios trabajadores, entre aquellos que forman parte de firmas con alto nivel de productividad, con aquellos que forman parte de firmas con bajo nivel de productividad. Y estos elementos se observan incluso en la propia propuesta al régimen de obras sociales que, si bien es cierto, como decía el doctor Neri, tiene un punto interesante en el tema de la centralización de los recursos, este punto es interesante en tanto lo abstraigamos del conjunto de las cuestiones porque lo cierto es que en ese proyecto en primer lugar lo que se hace es abstracción de la pauta distributiva, es más, se considera que eso no ha afectado en nada el régimen de funcionamiento de las obras sociales, y en segundo término se pretende igualar hacia abajo sobre la base de establecer o vivir de esa diferenciación salarial que pretende profundizar el modelo.

El segundo elemento que me parece importante de la etapa que está en curso es, y se mencionó, el patrón impositivo. No hay ningún signo de querer modificar el patrón impositivo en la Argentina. Mantiene la regresividad de antaño y, peor aun, se profundiza. Más del 80% de la recaudación de nuestro país se concentra en impuestos de carácter indirecto, lo cual tiene dos inconvenientes. El primer inconveniente es que es injusto. Ahora, el segundo inconveniente es que en tanto tenemos impuestos vinculados al nivel de actividad, después de esta etapa de reactivación que de algún modo se ha vivido, si sobreviene una etapa de caída del nivel de actividad los que caen son los recursos, por lo cual se profundiza la restricción de recursos y se fortalece la presión a la reducción del gasto, y lo cierto es que también hay elementos para pensar que es probable que a la reactivación que vivimos le sobrevenga una etapa de caída del nivel de actividad.

El tercer punto importante a destacar es que el incremento en la recaudación impositiva que se dio en la Argentina del último año no tuvo por destino financiar mayores gastos sociales. El gasto social se mantiene o cae, el gasto en salud cae, respecto al año 1991, y no sólo esto sino que se reanudan los subsidios a los grupos empresarios. A partir de junio de 1991 se reanudó vía un decreto del Poder Ejecutivo los subsidios en materia de promoción industrial que tienen un valor de 3.141.000.000 de dólares al año, no calculado por mí sino por la propia Dirección General Impositiva. Y para que uno pueda compararlo mínimamente, a pesar de que esto es una parte chica de lo que es el gasto en salud, se dieron las

otras cifras del gasto global anteriormente, el presupuesto nacional para 1992 contempla 685.000.000 de dólares en materia de erogaciones en salud que en realidad limpias del fondo de reconversión de obras sociales quedan sólo 467.000.000. Compáren esta cifra con los 3.141.000.000 que, en base al mecanismo de promoción industrial, sirven para financiar mecanismos que en realidad promueven mayor desintegración productiva porque ni siquiera es un régimen medianamente sólido, necesario y productivo como en todo caso se debiera propender.

El cuarto elemento es que el proceso privatizador que se ha dado luego de la venta de Aerolíneas Argentinas, de ENTEL, de algunas de las partes de YPF y de algunas de las partes de SEGBA, muestran que sobre el total recaudado, se recaudaron 4.015.000.000 de dólares por privatizaciones; el 50% de todo lo recaudado fue a parar a deuda externa, a deuda interna y a avales que tuvo que levantar el tesoro nacional; este fue el destino del grueso de los recursos. El 28 % de esos recursos fue al sistema de seguridad social, pero ¿a dónde fue? Fue a resolver los problemas de las cajas previsionales, pero no para aumentar los haberes jubilatorios, fue a cancelar deudas y aumentar la capitalización de las cajas para afrontar el período de transición que sobreviene y que hay que bancar la transición a la jubilación privada, donde el Estado va a carecer de un conjunto de aportes significativos como son los aportes patronales.

Es decir, que si el 50% de lo recaudado por privatizaciones, tiene por destino pago de deuda, en realidad estamos en presencia de aquel apotegma liberal que nos dijo que el remate de empresas iba a tener por destino financiar aquellas indelegables funciones a las que el Estado de ningún modo debería renunciar. Por cierto, se agrega el elemento de que el ajuste en curso no es el ajuste de máxima sino que tenemos comprometido un plan Brady a tres años que supone que el nivel de ajuste se supera en los años que siguen, es decir 1992 va a ser superado por 1993 y éste por 1994. A esto se le agrega una propuesta de reforma al sistema de obras sociales, digo propuesta porque ya no sé en qué situación queda, en donde por un lado se trastoca en el diagnóstico la realidad de la crisis del sistema para no cuestionar el efecto que tiene la pauta distributiva sobre la crisis del sistema de obras sociales en la Argentina.

En segundo lugar, se hace aparecer la regulación estatal únicamente como proclive a salvaguardar intereses oligopólicos y minoritarios, que fue lo que efectivamente hizo, y desde ahí se reglamenta la necesidad de desregular, parece que no habría ningún otro tipo de Estado posible dentro de la regulación global del sistema.

En tercer lugar, se desvincula al Estado claramente de todo control de la calidad de las prestaciones dándole "ingenuamente" la potestad al beneficiario, sabiendo positivamente que hay asimetrías de información fabulosas que impiden

cualquier tipo de control desde el lado del beneficiario respecto a la calidad del sistema. Se le cede la responsabilidad de auditorías en materia de calidad y la acreditación y categorización de factores a los propios entes prestatarios privados y se estratifica la prestación del servicio al legalizar los pagos voluntarios. Por otra parte, abre la puerta incluso a la rebaja de la prestación al posibilitar la reducción de los aportes, que está previsto dentro de la propia ley. Vista la permeabilidad que tiene el Poder Ejecutivo en la negociación de los asuntos más importantes, una permeabilidad que observamos cuando no hubo ningún empucho en devolver el control de obras sociales para evitar el paro frente a organizaciones sindicales que han abandonado, o han transformado su estructura sindical más que nada en controles del conflicto social antes que instalantes de las demandas públicas de los trabajadores. Si hubo permeabilidad para esto, ¿cómo no va a haber permeabilidad para una demanda permanente del establishment local respecto de la necesidad de reducir los costos empresarios y que, por cierto, la reducción de los costos empresarios involucra, entre otras cosas la reducción del aporte en materia de salud. Cuestión que está presente casualmente en el propio proyecto que en la convención de ADEBA, que presentara FIEL, y que sin empucho se dijo que el aporte podría bajar del 9% al 2% del total de la nómina salarial.

Y, por último, una reforma de obras sociales en donde la supuesta igualdad de oportunidades que proclama el discurso oficial se parece mucho más a una selección darwiniana que a una opción seria de política estatal destinada a lograr una sociedad más homogénea e igualitaria. Habida cuenta de la profundidad del proyecto en curso a veces parece ingenuo caer en señalar modificaciones de carácter instrumental. Sin embargo, y huelga decirlo, la recomposición del patrón de financiamiento en el área de la salud, al igual que en otros campos de la política de la salud, tiene un solo nombre que es redistribución de ingresos. Puede ser de impuestos, puede ser a través de reprogramar los subsidios monumentales que perciben grupos empresarios a través de políticas de ingresos, tanto de salarios como de empleo, pero debe darse en el marco de un sistema de salud que planifique, ejecute una política sanitaria, que garantice una cobertura universal, equitativa, eficiente, oportuna y accesible. Que integre a los distintos subsectores y que coloque los fondos de la obras sociales a los efectos de fortalecer un área pública y social de la medicina en capacidad de discutir los rumbos de las prestaciones con el sector privado, y que fomente instancias concretas, y esto es lo clave, de participación y debate comunitario sobre la cuestión sanitaria.

Aunque parezca una verdad de perogrullo, en la situación en la que nos encontramos nosotros, yo creo que la estrategia de democratizar al extremo todas las estructuras, tanto políticas como sociales e, incluso estatales, es una condición *sine qua non* para que seamos capaces de evitar que, en primer lugar, el Estado no se siga pareciendo cada vez más a un comité de negocios de las clases

dominantes, donde incluso dentro del propio proyecto de ley hay que hacer una salvaguarda dentro de un artículo para permitir que el Secretario de Estado, Alberto Mazza, presidente de GALENO y de la Cámara de Entidades de Medicina Prepaga, pueda ser lo que es. Porque hay un artículo de la ley donde se establece que en los órganos consultivos no puede haber representantes directos de los entes prestatarios, hay que hacer una salvedad para que a nivel del Estado no estén presentes efectivamente este tipo de intereses. La democratización de las estructuras requiere, es un paso imprescindible, para garantizar que el Estado no se transforme en un comité de negocios de los sectores dominantes, para garantizar que la democracia no se parezca progresivamente más a un sistema formal y absolutamente restringido y para garantizar que las políticas sociales tengan efectivamente un rol de distribución y no a lo que efectivamente parecen estar condenadas que es ser factor de legitimación y cooptación de un proyecto que excluye a capas importantes de la población de nuestro país. Estrategias de cooptación que, por supuesto, al carecer de recursos fiscales abundantes tienen corto aliento y que, por lo tanto, cuando se acaban dan lugar y abren la puerta a argumentaciones absurdas que empiezan a ver senderistas infiltrados en escuelas y hospitales ante cualquier intento comunitario de rectificar el rumbo en curso. Gracias. (*Aplausos*).

Enrique Visillac: En este momento queda abierta la discusión o el debate así que nos pueden hacer llegar las preguntas que los panelistas van a contestar.

(...)

Pregunta: ¿Cómo debería financiarse el sistema sanitario?

Carlos Bloch: Bueno, creo que Lozano avanzó en esta idea de cómo podría financiarse o qué modificaciones estructurales debían introducirse, encontrar un sistema más equitativo y que al tiempo una organización de los servicios de salud que apunte a la eficacia en función de una concepción integral de la salud. Hablar de la financiación de la salud sin ponerse de acuerdo de qué modelo de organización de los servicios de la salud estamos hablando, puede resultar un poco exótico, si el concepto integral de la salud, la creación de una red de servicios de la salud donde la salud no sea un bien transable sino que fundamental que hace a la esencia del ser humano, no debe formar parte de los mecanismos del mercado, es indudable, y en esto hay experiencias, que la financiación debe partir de mecanismos de tributación no regresivos y no progresivos y que en conjunto debe salir del aporte que el conjunto de los ciudadanos a través de un sistema de contribución progresiva hacen para subrogar los gastos sociales. En resumidas

cuentas, cualquier otro mecanismo de financiación, sea imposición al salario, sea por la transferencia del pago directo del costo de los productos, sea por el pago directo por parte de los usuarios, son mecanismos que no garantizan una equidad y no aseguran un bienestar al conjunto de los ciudadanos.

Pregunta: No entiendo porqué la privatización de los sistemas de salud aumentan su costo. ¿Si estos sistemas privados se fiscalizarían mejor, el gasto aumentaría tanto?

Carlos Bloch: Creo que la experiencia, fundamentalmente Estados Unidos, donde es el modelo de privatización mayor que se conoce en la historia porque prácticamente el 60 % de la población está cubierto por seguros privados, sólo un 22 % por seguros sociales tipo MEDICARE y MEDICAID, y un 15 a un 16 por ciento no tiene ningún tipo de cobertura, son los 37 ó 40 millones sin cobertura. La experiencia previa, los estudios que se han hecho en los Estados Unidos, por ejemplo, es que los costos han crecido en una proporción casi el doble del costo de vida. Por ejemplo, entre 1988 y 1991, prácticamente el costo de los servicios de atención médica, que fundamentalmente está dado por los seguros privados ha aumentado más de un 40% respecto al costo de vida. Pero si tomamos otro ingrediente que es lo que moviliza los seguros privados en Estados Unidos uno encuentra que, sólo el gasto administrativo, ha crecido en una proporción grosera respecto al gasto administrativo de los seguros sociales. Por ejemplo, por cada dólar de beneficio que dan los seguros privados 37 centavos son destinados al gasto administrativo y esto no incluye al lucro que está alrededor del 20 al 25% según la compañía de seguro, mientras que el MEDICARE y el Seguro Nacional de Salud canadiense, por cada dólar que dan de beneficio a sus afiliados, en Canadá el gasto administrativo es de dos dólares y en el MEDICARE es de un dólar. La diferencia es no sólo el gasto administrativo, sino que en estos sistemas públicos no hay un lucro por parte del seguro, mientras que en los seguros privados el lucro como forma de mantenimiento del sistema se transforma en un permanente encarecimiento de los costos.

El tercer ingrediente es que, dado que en estos sistemas privados su interés fundamental está en el lucro, se preocupan por aquel tipo de medicina que puede producir lo que se llama la lógica del retorno económico, que es fundamentalmente la medicina curativa y dentro de ésta, el componente más lucrativo es lo que se llama alta tecnología y alta complejidad. No es por casualidad que ha habido en nuestro países un crecimiento fabuloso de la utilización acrítica de esta alta tecnología. Pongo por caso la ciudad de Rosario que con menos de un millón de habitantes está por tener en estos próximos meses 11 tomógrafos computarizados. Cuando se inicia la carrera de los tomógrafos, hace 5 ó 6 años atrás se

necesitaban 3.000 prácticas a valores del INOS o de las obras sociales para comprar un tomógrafo. Hoy se compra un tomógrafo con 1.000 prácticas pagadas por la misma moneda. O sea que el ritmo innovativo a medida que se generaliza va reduciendo la tasa de lucratividad, en consecuencia se van inventando nuevos aparatos que, durante un período de tiempo suelen ser muy costosos. Ahora se incorpora lo que se llama Resonancia Magnética Nuclear, que todavía no se ha generalizado, pero rápidamente en la Argentina, este sector privado que es el que tiene capacidad de comprar y que es el que puede utilizarlo con fines lucrativos, es el que lo va a utilizar y esto es lo que va produciendo un aumento incesante de los costos de la atención médica. Esta es la experiencia, prácticamente mundial de que la privatización del sector salud ha significado un fuerte estímulo al incremento de los costos de la atención médica.

Pregunta: En la financiación del sistema sanitario ¿cómo se reparten los fondos actualmente: tecnología, medicamentos, sueldos?

Carlos Bloch: No hay estudios sobre tecnología y sueldo, cuánto significa porque aquí en sueldos, pues no sé si la pregunta apunta sólo a los sueldos a los asalariados que son del sector público, los asalariados del sector privado o incluye también lo que se paga en concepto de honorarios dentro del sector privado. El costo de la tecnología depende también de en qué modelo estemos hablando, en el subsector público el costo de la tecnología, afortunadamente, todavía es muy baja, en el sector privado que tiene contratos con la seguridad social y en los nuevos sistemas de capitación o en el sistema de los jubilados, ya anda alrededor del 30 % del gasto total de estos sistemas de la seguridad social. Hablo de la alta tecnología incluídas las nuevas tecnologías tipo transplantes, cirugía cardiovascular, tomografía, etc. Y con respecto a los medicamentos no se ha actualizado este tema después del estudio que hizo COMSISA que en ese momento hablaba del 30 % del gasto en salud, pero es indudable que lo que contemplaba COMSISA era el gasto restringido dentro de los elementos que tenía la seguridad social. Para darles un detalle de cómo está impactando sobre la economía familiar el gasto en medicamentos, el estudio que hizo la encuesta permanente de hogares, son cifras de mayo de 1989, señalaba que para la Capital Federal, por ejemplo, en el mes que se analizaba se preguntaba qué medicamentos usaba y cómo los había pagado en el últimos mes. El 87% de los encuestados manifestó que tenía algún sistema de afiliación, ya sea cobertura obligatoria, obra social o algún sistema privado, de este 87% el 50% manifestaba que había pagado de su bolsillo la totalidad de los medicamentos, pese a tener una cobertura teórica de la seguridad social. Las cifras en Gran Buenos Aires son mucho más brutales, primero porque el grado de afiliación es menor, no alcanza al 60% mientras que en Capi-

tal es más alto, alcanza al 80%, y aquí del gasto de bolsillo, del gasto directo, el total de los medicamentos estaba por encima del 50%, de modo tal que las cifras que manejamos, que el gasto en medicamentos es el 40% del gasto total en salud, es desde una perspectiva desde lo que gasta la seguridad social y desde lo que gasta el sector público pero no hay estudios fehacientes de cuánto, en este gasto, interviene el bolsillo de la gente, que a través de estos pequeños elementos que nos brindan las encuestas permanentes de hogares es sustantivamente mayor que lo que está aportando su propia cobertura en la seguridad social.

Pregunta: ¿Qué papel debe jugar el sector privado en un sistema sanitario?

Carlos Bloch: Es evidente que el sistema privado tiene un papel que jugar. Primero porque tiene una capacidad instalada importante, porque hay sectores profesionales que trabajan en el sector privado, etc. Creo que los que tienen que adecuarse es su lógica de retorno económico a una lógica de retorno social o sea adecuar su propia lógica de retorno económico de su objetivo, que es el lucro, adecuarlo al objetivo social de ahí que debe compatibilizar sus intereses supeditándolos a los intereses generales. De ahí la necesidad de un poder regulatorio fuerte del Estado en un sistema que debe ser público predominantemente y compartiendo el sistema privado dentro de una medicina de tipo de una atención integral, no sólo de tipo curativa y ajustándose a la planificación de programaciones que este sistema integrado se plantea. De modo tal que creo que debe jugar un papel pero subordinado a los intereses generales, o sea a la lógica del retorno social que es lo que anima a un espíritu social con criterio de equidad.

Pregunta: ¿Podría dar datos que evidencien el fracaso del arancelamiento?

Carlos Bloch: Si el arancelamiento lo medimos con el criterio que ha logrado resolver los problemas económicos del sector público, podría dar muchos ejemplos. A lo largo de la historia argentina el intento de arancelamiento, por ejemplo, en los hospitales de la Capital Federal fue un gran debate que hubo en la década de 1920 a 1930 y mostró que era mucho más costosa la implementación del sistema de cobro que lo que realmente se cobraba. La experiencia más reciente es la que impuso la dictadura militar en algunos hospitales de la Capital Federal. Acá el compañero es coordinador de la Asociación de Médicos Municipales, puede dar muchos más elementos que yo. Pero, de lo que recuerdo, montaron un sistema para poder cobrar, y de alguna manera evitar castigar a los sectores pobres o a los muy pobres que eran la gran mayoría de los que concurren a los hospitales públicos de Capital y el Gran Buenos Aires, que en última instancia era tan costoso el sistema de recolección que no alcanzaba ni a cubrir el 10% del

gasto total de los hospitales. La experiencia en todos los lugares, y esto lo dice también el estudio que hace Ivel Schmidt en muchos países, cuando se establece algún criterio no salvaje de cobrarle a todo el mundo independientemente de su condición económica, no alcanza al 5 ó 10% del gasto de esos servicios.

Pregunta: **Acá dicen que en Mendoza el arancelamiento y el carnet de indigente es una realidad.**

(...) Sí, no lo niego pero no sé cuáles son los resultados. No puedo dar opinión.

Pregunta: **¿Cómo, en su opinión se podría financiar una medicina preventiva no rentable?** (*Silencio*).

(...) Esa se la dejo al experto en medicina preventiva.

Pregunta: **En su opinión, ¿cómo podría integrarse a la comunidad en las decisiones que tienen que ver con los recursos sanitarios?**

Carlos Bloch: Bueno, yo creo que Lozano lo dijo con mucho énfasis y yo adhiero totalmente. Este es un problema de democratizar, no sólo el sistema de salud, que debe ser uno de los más atrasados respecto a la escasa participación que les dan a los usuarios del sistema, sino al conjunto de las instancias públicas donde se toman decisiones que afectan a las mayorías populares, y en estas instancias se tiene precisamente un criterio, o tecnocrático, o economicista o de compromisos con organismos internacionales, como por ejemplo afectar buena parte de lo que se debería orientar hacia los gastos sociales para cumplir adecuadamente con estos compromisos de saldar adecuadamente la deuda externa. De modo tal que no hay fórmulas, es el accionar y la lucha en cada uno de los pequeños y grandes lugares en donde la gente se encuentra.

Respecto de la última pregunta, yo no tengo respuestas. Cada uno sabe en el lugar donde se encuentra cómo puede tratar de producir algún tipo de participación para modificar aquello que consideramos injusto, inadecuado, inequitativo.

Claudio Lozano: Sí, una sola cosa para que sientan que algunas cosas son más viables que lo que realmente suenan. Sin tocar siquiera lo que está planteado con la transferencia por deuda externa, que tiene que realizar la Argentina el año 1995, si uno pensara, tengan en cuenta que más del 80% de la recaudación impositiva de nuestro país proviene de impuestos indirectos, por ende los impuestos directos, es decir aquellos que tienen que ver directamente con la capacidad contributiva, prácticamente son insignificantes, si uno pensara en duplicar la recau-

dación por impuestos directos, nada más duplicarlos, simplemente llevarlos a los niveles que presentan en otros países, tendríamos 2.700.000.000 de dólares adicionales, a los que tiene el Estado. Si a eso ustedes le suman la cifra que les comentaba sobre promoción industrial de 3.141.000 de dólares estamos en presencia de 6.141.000.000 de dólares, en total, que uno podría plantearse estrategias de reorientación. Lo que estoy diciendo es, sin tocar siquiera las transferencias por deuda externa, hay 6.141.000.000 de dólares, por ejemplo, para tomarlos como ejemplo, hay más, que se podrían discutir estrategias concretas de reasignación en materia de gasto público, por lo cual esto ni siquiera implica romper las transferencias por pago de endeudamiento externo, sino, lo que estamos diciendo aquí, es que hay una reasignación de gastos y un modo de recaudación de ingresos que transforma además que el ajuste que se lleva adelante sea fuertemente inequitativo. Y si tomo como válidos los datos que se vertieron aquí sobre el total de gastos en salud, no el del gasto público, sino el total de gasto de la comunidad, 6.141.000.000 de dólares que tengamos para reorientar, prácticamente equivale a lo que, en todo caso, se gasta globalmente en materia sanitaria. O sea que para deshojar cuestiones y para ver cómo se pueden hacer viables estrategias en este sentido, hay financiamientos y hay recursos. Lo que muchas veces no hay es la posibilidad de transformar en poder político la necesidad de la gente. (*Aplausos*).

Enrique Visillac: Bueno, muy bien , buenas noches y muchas gracias. (*Aplausos*).

LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Ponencia

Carlos Pletz Neder, secretario de Salud

Elsa Lobo, Instituto de Salud

Rubens Kon, director del Distrito de Salud de Itaquera

Ana Regina Barbosa Spinardi, funcionaria y miembro del Consejo Gestor de UBS José Bonifacio III

Zulmira Galvão Alvarenga, miembro del Consejo Municipal de Salud de São Paulo

Elsa Lobo: Soy Elsa Lobo, del Instituto de Salud, de la Secretaría de Estado de la Salud, que es la Secretaría de la Provincia de São Paulo, y como acompaño muy de cerca todo el trabajo de la Secretaría, estoy aquí para presentar el grupo de trabajo que lleva adelante toda esta propuesta que ustedes han podido apreciar a través del video. Entonces, aquí está Rubens Kon, que es director de un Distrito Sanitario; Ana Regina, es de la Comisión Gestora de UBS (Unidad Básica de Salud) José Bonifacio; Zulmira, del Movimiento Popular de Salud de São Paulo al que representa, y pertenece al Consejo Municipal de Salud, y Carlos Neder, nuestro secretario de Salud de la Municipalidad de São Paulo. Como sabemos que hay dificultades de entendimiento del portugués, vamos a intentar que la presentación pueda ser lo más dinámica posible intentando que ustedes acompañen el relato de cada uno, y si alguna cosa no se entiende, al momento que se presenta -como estamos en un grupo pequeño- pueden levantar la mano y se hace la aclaración en el momento para no perder la oportunidad de entender todo el trabajo. Lo importante de todo esto, es ver la relación de la participación de la población en el proceso de cambio de la realidad; cómo en este momento en São Paulo se vive una administración democrática y popular; cómo se ampliaron los espacios de participación de la población. Los problemas siguen siendo muchos, pero cómo la administración intenta buscar soluciones para disminuir la deuda social que existe en la ciudad, donde hay unos pocos que detentan el poder y de-

tentan el todo en el gobierno, y los muchos que son los que tienen las pocas posibilidades de soluciones, entonces es desde esta perspectiva -después hay materiales aquí que cada uno puede recoger un poco, sea ya del trabajo educativo donde se presenta en relación al cólera, al SIDA, y tenemos también un balance de la administración de estos tres años, qué es lo que ha logrado en cada una de las áreas: de creación, cultura, y de educación, las actividades que ustedes pueden después llevar consigo para ver un poco más lo que es administrar una ciudad de cerca de 12 millones de habitantes, y cómo en el área de la salud se está trabajando.

Rubens Kon: El Municipio de São Paulo, capital del Estado de la Provincia de São Paulo, tiene cerca de 12 millones de habitantes, una gran heterogeneidad social, gran disparidad de estilos de vida, concentra grandes riquezas, es el municipio más grande del país y al mismo tiempo hay grandes bolsones de pobreza. La periferia de la ciudad presenta condiciones de vida extremadamente precarias; antes de esta administración la Secretaría Municipal de la Salud, tenía una estructura bastante centralizada y dicotomizada, dividida entre áreas de atención hospitalaria de un lado, y las redes básicas del otro. Había dos estructuras centrales, una responsable de la administración de los hospitales, y otra responsable de la administración de puestos de salud. Estas dos estructuras centrales tenían poca comunicación entre sí, y bastante distante del servicio propiamente dicho. Una de las primeras medidas que esta administración tomó, fue promover una reforma administrativa en la Secretaría en el sentido de una regionalización de servicios, colocando todos los servicios de salud sobre una misma administración regionalizada. Cada una de esas regiones de salud, tenían responsabilidades sobre todas las acciones de salud en su área, o sea se acababa con la división entre la red hospitalaria y las redes básicas, se procuraba promover una administración integrada en todos sus equipamientos de salud. Los primeros años de la administración fueron dedicados principalmente a la recomposición de la red, que nosotros encontramos extremadamente deterioradas, sin equipamiento, sin materiales, sin personal; fueron años de intentar recomponer la red de servicios, y recomponer las condiciones mínimas para practicar una propuesta innovadora en el área de salud.

Entonces, luego de este primer paso de la regionalización, se avanzó en seguida para la construcción de los distritos de salud propiamente dichos, entonces, cada distrito de salud, cada administración regional de salud, fue dividida en un cierto número de distritos de salud, así que tenemos hoy un municipio dividido en 32 distritos de salud. Este material que voy a mostrar, son diapositivas que nosotros utilizamos para divulgación de este trabajo de distritalización, tanto para nuestros funcionarios como para movimientos populares, y otros distritos que

están iniciando este trabajo, entonces, preferimos traer un material original porque -evidentemente- es lo que nosotros utilizamos. Para nosotros, la implantación de los Distritos de Salud, la Secretaría Municipal de la Salud, este proceso forma parte de la estrategia de implantación del llamado Sistema Único de Salud en el país. La Secretaría Municipal de la Salud está en línea de frente en la lucha por la llamada "reforma sanitaria" en el país, y, como garantiza nuestra constitución, la salud como derecho del pueblo y deber de Estado. Una estrategia que garantiza ese derecho, es la constitución de un sistema único de salud, y que todas las razones de la salud, toda red de prestación de servicios, se halla integrada en un comando único en cada nivel administrativo, y que tengan algunos principios que después voy a detallar, entonces, nosotros entendemos que construir distritos de salud en el municipio, es la estrategia de luchar por la reforma sanitaria para efectivamente procurar implantar un sistema único de salud en el municipio, y a partir de ahí conformar corrientes para la implantación de un sistema nacional.

Entonces, entendemos el Distrito de Salud como base organizativa y operativa del sistema único; procuramos superar la llamada "división topográfica burocrática" del Distrito de Salud, entendiendo que éste no es meramente un arreglo administrativo para conducir mejor las unidades. No es simplemente dividir un mapa, que sean simplemente agregos burocráticos, pero éste debe ser un proceso social en el que se transforman las prácticas sanitarias para procurar tener impacto sobre los problemas de salud. Entonces, el sentido de la construcción es determinar cuáles son los problemas de salud con los que nos enfrentamos, y transformar prácticas actuales para procurar resolver estos problemas, promover impactos sobre estos problemas de salud. Los principios fundamentales que la gente procura preservar en la implantación de los distritos de salud, son la equidad de reconocer que existen diferencias sociales en nuestra sociedad heterogénea, buscar esas diferencias, y atender prioritariamente a aquel que precisa más. Llamamos entonces equidad, tratar desigualmente a los que son desiguales, éste es un principio fundamental en el cual nos estamos organizando.

El otro principio es la integralidad -como ya hablé-, sin separar las razones preventivas de las razones curativas, las razones individuales y las razones colectivas, sin separar "asistencia" de las acciones colectivas, la integralidad es en ese sentido. Procuramos también garantizar la intersectorialidad, comprendiendo que los problemas de salud tienen una determinación global, que pasa por la propia forma en que la sociedad está organizada. No es posible intervenir sobre ellos exclusivamente como acción de un sistema de salud. Entonces, el Distrito de Salud procura garantizar un trabajo intersectorial -como ser educación, saneamiento, habitación, etc.- para que sea posible producir un impacto, y un principio fundamental que es el control popular.

El Sistema Único de Salud es de la población, es de su interés, y debe ser por

ella controlado y dirigido. Yo soy el director del Distrito de Salud de Itaquera, esa área marcada en la periferia, en la zona este del Municipio de São Paulo. Es un distrito de cerca de 300 mil habitantes, y nosotros tenemos seis Unidades Básicas de Salud o Puestos de Salud Municipales, un Hospital General, un Hospital para la Salud Mental, un Centro de Referencia para la Salud de los Trabajadores, éstos son los equipamientos municipales. Nosotros tenemos todavía cuatro centros de salud estatales. El Municipio de São Paulo -su secretario después hablará-, todavía no promovió la municipalización de los servicios, entonces todavía no existe una red municipal y una red estatal de servicios que trabajen paralelamente. La base de nuestro proceso de construcción del Distrito, fue a partir de esta idea de que nuestra responsabilidad es intervenir sobre los problemas de salud de la población.

Entonces, el primer paso es indentificar de algún modo, cuál es la realidad en la que tenemos que intervenir, cuáles serían esos problemas de salud, para estructurar nuestros servicios para dar respuestas a estos problemas, y partimos de una concepción -dentro de una visión simplemente estratégica- de que un problema de salud es siempre visto, encarado, desde un punto de vista de un cierto actor social, de un cierto agente social. De definir cuáles son los problemas, de cómo se va a trabajar, depende de qué perspectivas se vea la realidad, cómo usted se sitúa delante de la realidad, y cuáles son los patrones para considerar lo que es normal. Nosotros tenemos que pensar siempre eso, porque vivimos en una sociedad de conflicto, en tanto nuestro proyecto de intervención sobre los problemas, va a chocar con otros proyectos que posiblemente sean antagónicos. Esa idea de disputa es fundamental para nuestro aprovechamiento, para tener alguna chance de éxito.

Entonces nosotros decimos: personas y grupos diferentes llegan con distintos problemas y proponen diferentes soluciones, lo que nosotros proponemos es que juntamente los trabajadores de la salud y la población de nuestra área, constituamos un pacto provisorio de entendimiento sobre cuáles son los problemas prioritarios en los cuales la gente va a trabajar. ¿Por dónde comenzamos entonces?: por el llamado "proceso de territorialización". La Red Municipal de Salud, por tradición era una red que prestaba exclusivamente servicios de asistencia médica, era una red que tenía una dinámica muy interna, ésta poco se volcaba fuera de sus paredes para la realidad que la circundaba, se organizaba sólo para producir más y más servicios. Entonces un paso fundamental para nosotros, fue volver nuestros ojos para nuestra áreas de trabajo, para nuestras áreas de responsabilidad. Ese fue un momento muy importante en nuestro trabajo, que fue llevar funcionarios juntamente con la población del área para reconocer el territorio de trabajo, entonces de ahí salir de las paredes, y comprender a qué realidad se iría, a dónde habría que intervenir. Entonces, reconocer el territorio como espacio don-

de las personas viven y se relacionan, por lo tanto, cómo se deben distribuir esos problemas comprendiendo por territorio una expresión de las condiciones de vida de las relaciones sociales.

En este proceso de reconocimiento de un territorio, para garantizar el principio de equidad y trabajar fundamentalmente para personas desiguales, habrá que mirar y percibir realidades diferentes, percibir heterogeneidades, para que la gente pueda practicar lo que nosotros llamamos "discriminación positiva", o sea intervenir claramente sobre aquellos que tienen más dificultades de acceder a un servicio, con aquellos que tienen problemas más que nada en la salud. Didácticamente, en esta aproximación nuestra al territorio, dividimos en cuatro niveles: el territorio Distrito de Salud, el territorio área de emergencia, un territorio microárea, y un territorio moradía -como voy a explicar más exactamente-. El territorio Distrito de Salud, que es la delimitación intermedia, es un territorio definido administrativamente. La Municipalidad hizo a principios de 1990 una regionalización para que todos sus servicios respondiesen a una misma lógica; antes de eso, nosotros teníamos muchas dificultades en el llamado "trabajo intersectorial", porque en Salud se trabajaba en una cierta división territorial, la Educación en otra, Bienestar Social en otra.

Entonces, el trabajo local, regional integrado, estaba muy dificultado por eso, entonces, a principios de 1990 se hizo esa padronización, esa regionalización, que permitió que hiciéramos un trabajo efectivamente más integrado intersectorialmente, mientras los distritos de salud se conformaran a esa delimitación político/administrativa del municipio. Sólo por curiosidad, los espacios de las unidades de salud están fuera de los límites de los ámbitos de salud porque anteriormente a esa legislación, nosotros teníamos otra división administrativa y teníamos una gran decisión para esta otra. Para esa unidad, provisoriamente hay un espacio de nuestra responsabilidad que va a ser posteriormente pasado a la responsabilidad de otro distrito de salud, por eso de que está afuera de los límites. Todo ese primer nivel de territorio fue demostrado administrativamente, de ahí pasamos entonces a definir un segundo nivel de aproximación de nuestro territorio, que era el área de emergencia de la unidad de salud. En ese momento el área de salud, la unidad de salud, no tenía ese concepto de un área que trabajara con su responsable, ésta era responsable por atender a esas personas que la procuraran. Nosotros pasamos a trabajar con la idea, de que independientemente de la clientela que llega a un lugar, independientemente de la demanda que esta unidad tiene, ésta tiene responsabilidad sobre los problemas de salud de una determinada área. Pasamos entonces -según algunos criterios- a definir cuál sería esa área. Nosotros utilizamos criterios y facilidades de hacer solidaridad, criterios de reconocimiento de la población de pertenecer al territorio, algunos criterios que nos facilitasen conocimientos de estadísticas, de informaciones. Concordamos

entonces, en llamar "áreas de emergencia" o "áreas de responsabilidades" a las unidades básicas de salud.

Este proceso de definición de esa área, es el proceso donde más intentamos trabajar con los jefes de esas unidades, y con los funcionarios de esas unidades, con esa idea de responsabilidad. El jefe de la unidad es responsable de toda enfermedad y toda muerte que acontece en su área, responsable en el sentido de que es responsabilidad de él reconocer la responsabilidad e intervenir sobre ella. Ese proceso de salida de la unidad, para reconocer un territorio, es muy importante en este sentido, no es la postura tradicional de que esperaran que los programas llegaran a la unidad, y partir activamente al territorio donde los problemas se localizaran, y procurar anticiparse u oponerse ante ellos. Es un proceso muy vivo, la gente persevera, las personas despiertan a esa conciencia y despiertan a esa responsabilidad. Esa delimitación de área se hizo entonces. Salidas al territorio que reunían funcionarios de la unidad, y personas de la población del área, nos han ayudado a comprender los procesos que acontecen. Da para percibir, que no está todo el territorio del distrito cubierto por áreas de emergencia de las unidades, y eso es por dos factores básicamente: 1º) nosotros trabajamos todavía con las áreas de las unidades estatales, nuestra integración con la red estatal, allá en Itaquera, todavía es muy deficiente y no conseguimos trabajar conjuntamente con ellos. Por todo ese corredor central que no está marcado, éste abarca las cuatro unidades estatales. Nuestro interés es trabajar junto con ellos, para que el Distrito de Salud pueda definitivamente cumplir su papel, que va en contra de toda la realidad de la salud, más en el sentido si pensamos en un "sistema único de salud", que en dos redes de salud por lo menos. Esta área, era de una Unidad que hoy pertenece también a otro distrito que nosotros vamos a percibir que no había sido trabajada pero que nosotros hicimos. Es una Unidad que aún no está administrativamente incorporada, pero que ya está en un proceso de fiscalización nuestra.

Ese área, al sur, es un área predominantemente rural, y no tiene ni una Unidad de Salud.

Mi responsabilidad es tomar un área e incorporarla al Distrito de Salud. Una vez hecho ese proceso de definición de las áreas de responsabilidad de las Unidades de Salud, nosotros partimos para una aproximación todavía más fina, más detallada, con la realidad del territorio, procurando definir dentro de éste lo que nosotros llamamos "microáreas", caracterizando microáreas que visualmente dividen. Las favelas, condominio particular, el área de reconstrucción, son delimitados internamente pero son heterogéneos entre si, comprendiendo que si la salud tiene una determinación directa de las condiciones de vida, reconocer cuáles son las maneras nos permitiría intervenir más correctamente sobre los problemas. Porque si nosotros pudiéramos ligar entre tal o cual problema, sería detecta-

do con más frecuencia de lo habitual. Entonces, si se trata de un problema relacionado con las condiciones de saneamiento, sería en la favela o en otras localizaciones donde nosotros deberíamos concentrar nuestro trabajo, no en un condominio particular de alto padrón, donde ese problema exactamente no se encontraría, por ejemplo entre otros. Lo que es esa definición de microáreas después va a ayudar en la intervención en esos problemas.

Otro ejemplo muy actual es el tema del cólera que por ejemplo todavía no llegó al Municipio de São Paulo, nosotros no tenemos ningún caso registrado, pero ya estamos con todo un sistema de vigilancia preparado para dar respuesta a este problema, y cada unidad de salud tiene determinadas cuáles son sus zonas de riesgo para prevenir la llegada del cólera, dónde el saneamiento es más resistente, dónde probablemente disminuya la posibilidad, dónde pensamos que es inevitable, dónde pensamos que acontecería en primer lugar, y dónde acontecería con más gravedad, y por lo tanto todo trabajo educativo se concentra ahí, todo trabajo de intervención, de Juntas, autoridades responsables con el saneamiento, se dedican principalmente a esas unidades, entonces las unidades de salud conocen su territorio con una profundidad bastante natural. Este trabajo entonces, de definición de las microáreas, fue acompañado de un proceso de levantamiento de informaciones.

Público: Nos dijiste qué era microárea pero no dijiste qué era territorio moradía.

Rubens Kon: El territorio moradía es sólo y prácticamente la unidad fundamental de trabajo de cualquier intervención sobre la salud. Nosotros definimos un territorio micro área, pero comprendiendo que nuestro objetivo final es atender cada moradía como espacio fundamental de trabajo, es una división de base que la gente tiene. Entonces, nosotros vamos al territorio en busca de información, en busca de comprender la realidad. ¿Cómo es el territorio, quiénes son los que viven en él, cómo decir, de qué hablarles?, entonces partimos de informes oficiales, de información, de datos epidemiológicos, de una red de información que está disponible para divisiones que son mayores a la del distrito. Nosotros no teníamos hasta entonces condiciones de saber los índices de mortalidad, cuáles eran los indicadores de morbilidad del distrito, porque eso estaba hecho para territorios mayores, entonces, un trabajo fue hacer traer esas informaciones, saber cómo era realmente la población de nuestro distrito, entonces, todo ese trabajo de traer esas informaciones más próximas para aquí, no sólo para saber de qué se muere, de qué se enferma -no solo en nuestro distrito sino en todos- sino que cada unidad pudiese saber para su área de emergencia cuál era su población, cuáles eran los otros objetivos políticos, cuáles eran las principales enfermedades, y sa-

ber también otras informaciones de carácter sociopolítico. Fue todo un trabajo de pesquisa, de información para dar cuenta de los servicios.

A partir de toda esa política de información, de búsqueda de datos oficiales, y también de pesquisa de campo, nosotros usamos el método de la Estimativa Básica que entrevista en las microáreas con "informantes bajos", personas que tenían dentro de su comunidad una inserción tal, una importancia tal, que podrían dar información no solo sobre sí mismos, sino sobre el total de la comunidad. Usando la Estimativa Básica el sentido era ése, como no teníamos tiempo ni estructura para hacer un intento estadísticamente trabajado, demorado, que utilizara un muestreo muy grande, optamos por esa técnica alternativa a varios estudios científicos, que tienen un valor indicativo muy fuerte pero que consistían en eso, que para cada microárea que nosotros no hubiéramos identificado visualmente, procurábamos encontrar "informantes bajos", que podría ser el dueño de un local, el dueño de una panadería, podría ser funcionario de la Unidad de Salud, podría ser un líder comunitario, una serie de personas que tienen una experiencia, una inserción en la región, y permiten que hablen no por sí mismos, y que responda cuáles son las condiciones de su comunidad.

La idea es que cruzando informaciones de un cierto número de "informantes bajos", usted tiene un cuadro muy próximo a la realidad de la red local. Entonces la técnica de la Estimativa Básica, es la técnica que nosotros utilizamos para conseguir información de cada persona de cada lugar. El año pasado fue hecho un Censo del país, y a pesar de algunos números que toda área estratégica tiene en relación al momento en que fue hecho el Censo, de todas maneras dió un promedio bastante similar al de las cifras oficiales. Entonces, la Estimativa Básica, los datos oficiales, los datos epidemiológicos, son un conjunto de información sobre las cuales nosotros trabajamos. Estas informaciones, hoy están automatizadas dentro de un sistema de información de base de datos, nosotros estamos trabajando con un software, con un computador, con un mapa del distrito municipalizado, y las informaciones están todas ingresadas con una visualización espacial, tanto informaciones de carácter socioeconómico, de condiciones de moradía, condiciones de saneamiento, todo ésto es cruzado con los datos epidemiológicos, entonces, todo tipo de mortandad, las principales formas de enfermedad, todo ésto está automáticamente cruzado con un sistema de informaciones ingresadas para agilizar el proceso de identificación de los problemas y encontrar su solución.

A partir de ese levantamiento de problemas, de este tipo de informaciones, nosotros pasamos entonces a discutir con la comunidad y con los funcionarios cuáles serían los principales problemas de salud de cada una de las áreas. En cada una de las áreas, procuramos procesar todo tipo de datos, sobre todo tipo de trabajos realizados para identificar cuáles son aquellos problemas de salud y

considerar los más importantes. Y ahí, nosotros estamos hablando de problemas de salud que nosotros llamamos "terminales", no los problemas de un sistema de salud que son los problemas que la gente acostumbra a referirse, nosotros procuramos no trabajar con eso sino con los problemas de salud propiamente dichos. Llegar a cada uno de esos problemas, a cada uno de los problemas de salud como intermediarios, nosotros tenemos que intervenir en los resultados que se pretenden, en los problemas de mortandad, enfermedad, no resolver por sí los problemas del sistema, el sistema es un medio para producir salud. Entonces, nada ni nadie procuró definir una lista, en la que el individuo tiene 20 ó 25 problemas de salud, principales problemas de salud. Entonces el Estado dijo: "son un problema las enfermedades respiratorias, la hipertensión, la diarrea, las causas de muertes violentas -como era el uso de tóxicos- etc." Se hacía una lista de ese tipo de problemas, y esa lista hacía que todo el Departamento de Informaciones hiciera una experiencia personal, los trabajadores de la salud y la comunidad local. Definida esa lista, se pasaba a un paso que siempre es doloroso, siempre es muy difícil definir cuáles eran los problemas prioritarios, una vez vista cuáles eran las condiciones, intervenir sobre los 20 o 25 problemas prioritarios. Entonces, se hacía un trabajo de procurar definir priorizar cuáles eran los problemas más importantes para trabajar. Junté criterios, criterios de impacto de problemas sobre la población tanto cualitativo como cuantitativo. Como la población experimentaba ese problema de salud, entonces se quejaban muchas personas que estaban apretadas en muchos sentidos. Otro criterio, era que teníamos tecnología disponible para producir impacto sobre ese problema; otro criterio, sería el culto a la intervención. Son criterios que hacen justicia al priorizar criterios en una discusión, entonces trabajamos para reducir esos 20 ó 25 problemas a una lista menor de cuatro o cinco problemas, que serían los problemas que cada área de emergencia enfrentaría con prioridad.

Ese mismo proceso repetimos para todo el distrito, cada unidad de salud tiene esos problemas prioritarios, y el Distrito de Salud tiene sus problemas prioritarios, en gran medida somos sensibles a problemas nuevos y existe un margen de flexibilidad en eso. La unidad de salud absorbe problemas que son su prioridad pero que no son prioridad real del distrito; de ahí se parte a una negociación de Unidades de Distrito y Unidades de Trabajo, con todas las prioridades del distrito, para determinar cuáles son las prioridades de cada una. Definimos los problemas prioritarios en lo que nosotros llamamos una Red Explicativa, identificando por qué existen esos problemas y cuáles son los llamados puntos flacos de nuestro sistema en la cadena de causas y determinaciones de esos problemas, y dónde debemos de intervenir en dónde más se repita el fenómeno, dónde hay más necesidades y dónde podremos lograr más éxitos. A partir de ese pensar, nosotros definiríamos cómo enfrentar esos problemas, cómo administrar los recursos para

resolver esos problemas, y qué hacemos con esos problemas, que nosotros definimos mayores, para actuar prioritariamente.

Entonces definimos que nuestra práctica sanitaria se compone de dos grandes vertientes de trabajo: la vertiente principal es la vigilancia de la salud. Definimos aquí intervención continua sobre problemas priorizados de grandes grupos de la población, consideradas las condiciones de vida. Para aquellos problemas de salud que priorizamos, nosotros hicimos una programación de intervención, dirigida a aquellos grupos en el territorio que nosotros identificamos como los más susceptibles a ese problema, entonces es una actuación dirigida microlocalizada, no es una actuación generalizada en el territorio, pero ella se da en algunos espacios donde los problemas se concentran o donde esté ese problema más delicado. Algunos problemas tenemos dificultad en microlocalizarlos, la hipertensión, por ejemplo, se distribuye de una manera altamente uniforme en el territorio, la hipertensión es una de nuestras prioridades. Entonces el trabajo microlocalizado es parte de un nuevo concepto, de que la hipertensión se distribuye globalmente, pero esta es bien diferente en cada persona. El hipertenso que tenga acceso al servicio de una manera adecuada, que tenga una vida menos estresante, experimenta su enfermedad de manera más favorecida, que el hipertenso que vive en la favela y tiene pésimas condiciones de vida y condiciones de trabajo muy difíciles y sumamente estresantes. Entonces, no es que nosotros no reconozcamos una distribución espacial de la enfermedad, sino que damos preferencia a aquellos grupos que experimentan la enfermedad de una manera más cruda.

Varios problemas prioritarios nosotros los estructuramos en lo que llamamos Acciones de Vigilancia de la Salud. Son acciones programáticas donde coordinamos tanto acciones de asistencia, acciones curativas, y que se dan en forma continua, en forma organizada. Esa vigilancia de la salud está guiada por agentes epidemiológicos, por médicos, que van dando el sentido al trabajo del distrito, y ellos dirigen la forma con que el servicio organiza la acción de trabajo en el distrito. Pero todavía existe otra lógica de práctica, una lógica de atención a la demanda de una serie de problemas sobre los cuales nosotros tendríamos menos capacidad, y para acciones programáticas estructurales orientadas a ofrecer un servicio a la demanda necesitada. El derecho de la población es comprar un servicio y se debe garantizar toda la tecnología disponible para resolver sus problemas, con calidad, con respeto a la ciudadanía. Nosotros entendemos que estructurar una atención de demanda de calidad al conjunto de la población es también una prioridad fundamental del distrito, responde a otra lógica, más fácil que comprar un derecho de la población. Entonces aquellos problemas de salud que no se pueden estructurar en las llamadas acciones de vigilancia de la salud, nosotros procuramos tener una red de servicios que progresivamente pueda dar respuestas de calidad y de cantidades cada vez mayor. Estas son las dos lógicas

con las cuales nosotros intentamos trabajar. Sólo para dar un ejemplo, aquí tengo el nuevo mapa donde están definidas las áreas de emergencia de las unidades de las microáreas, sólo que se utiliza una clasificación en colores, de los llamados "escors", para diferenciar las diferentes características. Hay un "escor" para saneamiento, entonces cada microárea está clasificada con una nota, con una puntuación respecto de sus condiciones de saneamiento, condiciones de moradía, condiciones de renta y una serie de otras características. Nosotros lo llamamos mapa temático, tenemos una infinidad de ellos y ahora, con la posibilidad de usar la computadora, tenemos la posibilidad de cruzar esos mapas temáticos con bastante agilidad. Entonces, esa puntuación tiene efecto comparativo, y podemos tener una visión global de cómo se distribuyen las condiciones de saneamiento, por ejemplo en todo el distrito, cuáles son las áreas, las rojas que son las áreas más precarias, que es donde debemos concentrar nuestras reflexiones, y cuáles son las áreas principalmente mejores. Así es como tenemos áreas rojas, después amarillas, verde y azul. La Unidad trabaja con su mapa más detallado que posee. Estos mapas tienen un conjunto de características, algunas se superponen y otras están superpuestas, y van mostrando las corrientes de mortandad y de enfermedad en la población, viendo las tendencias predominantes. Encima de esta clasificación vemos las condiciones de vida, factores que determinan concentración de tendencias de mortandad y enfermedad. Ese trabajo nos depara grandes novedades para la implantación de medidas en el distrito de salud. Esa lógica, que decimos en el Distrito de Salud, nos lleva a tener ya algunos programas de vigilancia de la salud, una variación donde la postura del trabajador de la salud, la postura y comprensión que adopta frente a su trabajo, es lo que se busca principalmente. La razón de esta postura es su vocación de servicio. (*Aplausos*).

Ana Regina Barbosa Spinardi: El Consejo Gestor de la UBS José Bonifacio III, pertenece a la periferia de São Paulo, Distrito de Salud de Itaquera. Es un pueblo de 6.000 ó 7000 personas más o menos, es una región bastante carenciada, con áreas carenciadas, con terrenos ocupados por personas que no tienen propiedades, terrenos invadidos para sobrevivir, y dentro de estas dificultades trabajamos bajo la óptica de administración actual de salud para todos, y permanentemente hay funcionarios nuestros para conocer las dificultades de la zona. Mediante eso, la participación de la población se hace efectiva a través de las decisiones en los problemas de salud, y ésto forma parte -como ya hablé- de los representantes y los funcionarios del Consejo Gestor, que es la instancia máxima que decide y delibera sobre todos los problemas, absolutamente todos los problemas, desde las jornadas de trabajo, hasta sistemática en la aplicación de salud, pasan por este Consejo Gestor. Ahí se discuten todos los problemas de esta unidad, así como la política social del país.

A partir de esta nueva lógica, esa nueva vivencia de entender que la unidad no debe esperar, que los funcionarios entren, y a partir de ahí comenzar a atender y a conocer esos problemas. Vamos al campo, vamos a conocer a través de entrevistas con los llamados "informantes" de la región -visitar farmacias, panaderías, centro comunitarios, asociaciones que ya existían hace mucho tiempo en la población, conocer las dificultades que la región tiene, conocer los índices de analfabetismo, índices de alcoholismo, de preocupaciones juveniles-, a partir de ahí volvemos a la unidad y comenzamos a distribuir y a repensar los programas *de acción para sanar esas dificultades. Entonces en este momento, nosotros tenemos una participación muy grande de la población, organizada desde esta región a través de los consejos de salud. Los usuarios no tienen conocimiento -como hablé ayer en los discursos- de la técnica de trabajo, nosotros somos funcionarios pero ellos conocen sus carencias y sus dificultades, conocen la barrera del "no, no, no", de tocar las puertas, de equipamientos públicos que no resuelven sus problemas, ya que ellos conocen esas dificultades, entonces, por qué no estar juntos en esas decisiones. A partir de ese momento empezamos a discutir programas de acción: la salud de la mujer, atención a la salud de los niños, grupos de adolescentes, sexualidad, y otros programas que implantamos en nuestra unidad. En nuestra unidad, nosotros tenemos un grupo muy grande de hipertensos que funciona una vez por semana; los señores, las señoras que tienen esa dificultad exponen de una manera clara y simple lo que sienten, y procuramos también adecuar lenguajes técnicos para que ellos puedan equilibrar sus problemas y tener una respuesta mejor a esta patología. Existe otro grupo -también muy interesante- que es el programa de salud de la mujer, donde los funcionarios, auxiliares, promueven examen de prevención ginecológico, y anteriormente a esto, existe una discusión, como una reunión, donde cada una habla de sí y de su cuerpo, cómo se encara la salud de la mujer, cómo es el día con los niños, los partos, la gestación, y reflexionando a partir de eso, nosotros hablamos de la prevención del cáncer ginecológico que todavía mata a muchas mujeres mundialmente. Hacemos exámenes de mamografías también en la unidad, adonde ellas mismas también aprenden a tocarse, a reconocerse; son programas que hoy -como dice Rubens- no nos dan una respuesta grandiosa de mejoramiento de esa población, pero sin ninguna duda el movimiento de esa población creció: las personas se están haciendo más exámenes, la personas están procurando las Unidades, las personas están procurando reconocerse como población. La Unidad cambió, abrió sus puertas para varios otros tipos de problemas. Y las discusiones que generaron todos esos encuentros, seminarios, fueron muchas, y a cada paso nosotros sentíamos que la gente empezaba a entender el cambio de esa lógica. Entonces, hoy todos los funcionarios tienen un movimiento -médicos, enfermeros, asistentes sociales y el personal de servicio por qué no-, participan y ayudan también*

con sus conocimientos para ayudar a la población. No es sólo una tarea administrativa la nuestra donde pasamos solamente una información, estamos todos envueltos en este trabajo. A partir de ahí, la gente va a intentar ampliar más estos programas, intentar más ampliar las acciones, dentro de las dificultades específicas de cada región. El Consejo Distrital de Salud es una Unidad Básica, es un centro de salud, un consejo popular donde existe una población organizada, y es en estos consejos donde la gente discute las dificultades y las problemáticas propias. Aquí también actúan las comisiones sindicales que son también los representantes de los trabajadores. El Consejo Popular -que son los usuarios- tiene una participación del 40%, nosotros trabajadores de la salud el 25% con dos miembros en el Consejo Gestor, y la administración municipal de la salud con la participación también de dos miembros que puede ser el jefe de la Unidad o el auxiliar del jefe de la Unidad.

A partir de aquí, discutimos los problemas, deliberamos, los pasamos a la dirección. La dirección, es el jefe de la unidad del puesto que coordina los trabajos, conduce, y aplica en la práctica junto con los funcionarios, las soluciones determinadas por el Consejo Gestor. Entonces se invirtió la lógica, salía de aquí del jefe de la unidad, que determinaba a partir de las deliberaciones de la Secretaría Municipal de Salud, se cambió la lógica de eso, se invirtió, ahora son los usuarios más los trabajadores y más esta dirección, la unidad que decide en conjunto, y a partir de ahí son deliberados los conceptos y aplicados en la práctica. ¿Aplicados por quién?: por nuestros funcionarios de la salud juntamente con la población que tiene la obligación de esclarecer a los usuarios; entonces es un trabajo conjunto no solamente en esa instancia del Consejo Gestor, sino es un trabajo continuo donde la población, los usuarios, y los propios jefes, cumplen un rol discutiendo, buscando formas de mejorar esas problemáticas. No sé si fui muy clara, si dio para entender pero espero que pregunten. (*Aplausos*).

Zulmira Galvão Alverenga: Estaba escuchando lo que decías, y estaba pensando cómo parar lo que decías, muy bonito lo que hablaron hoy. Voy a volver a 20 años atrás que fue cuando comenzamos. Si hoy es posible un trabajo como el que se está demostrando, fue posible porque desde hace 20 años atrás la población viene trabajando mucho, viene participando mucho, y presionando a las autoridades, conquistando sus derechos, conquistando nuestros derechos. Entonces 20 años atrás, los moradores de un barrio más su área de servicios, nos reunimos y gestionamos otra cosa que hacer. Estábamos con una epidemia de sarampión y no teníamos dónde llevar nuestro hijo a vacunar. Resolvimos que teníamos que luchar por otro Centro de Salud, entonces empezamos a discutir qué es un Centro de Salud, qué es Pronto Socorro, qué es lo mejor y adónde buscar un Centro de Salud, y eso fue que hizo que nos reuniésemos una vez por semana; fuimos

buscando conocimiento de dónde buscar conocimiento, junto con estudiantes de medicina, de enfermería, de asistentes sociales, que también querían conocer los problemas de la población. Nos unimos y fuimos haciendo un trabajo, una lucha de salud, siempre pensando que esa lucha sería para la conquista de una Unidad de Salud, un Puesto de Salud. Pero, ésta debía ser una lucha por mejores condiciones de vida, una lucha política; eso lo fuimos discutiendo entre las madres, algunos padres -pocos- (*risas*) en conjunto con las personas que tenían el conocimiento, y ahí fuimos caminando, fuimos andando, fuimos luchando, y fuimos uniendo más a través de reuniones, en las calles, en las casas, panfletos, boletines, y mucho miedo -era la época de la dictadura-, no estaba permitido hacer reuniones pero era necesario hacer reuniones, la salud estaba mal. Fueron pasando los años, y conquistamos un predio de salud.

Íbamos a ver al secretario en caravana, marcha, íbamos mucha gente, alquilábamos ómnibus, no teníamos dinero pero encontrábamos alguna forma de conseguir el dinero, pero alquilábamos ómnibus e íbamos a la Secretaría -al centro de la ciudad-, a 30 km lejos de la periferia; íbamos allá, aplaudíamos, luchábamos, reclamábamos, hasta que el secretario nos atendía, era una lucha, era mucha lucha. Para conseguir contratar un médico íbamos allá una, dos, tres veces; iba todo el mundo y ahí contrataban un médico, era una lucha. No teníamos derecho de reunirnos dentro de la unidad, solamente afuera, en las casas, en las iglesias, en las calles, pero dentro de la unidad que teníamos conquistada no nos podíamos reunir. El funcionario moría de miedo ante la gente, no quería conversar, y nosotros moríamos de miedo de ellos, ellos nos tiraban agua. Cuando íbamos por la mañana -las madres haciendo cola para ser atendidas- a distribuir los panfletos, ellos nos tiraban agua, los funcionarios (*risas*), el médico ni miraba (*risas*), era bien diferente pero fue cambiando.

Ahí resolvimos, pensamos, discutimos, y tuvimos la información a través de los estudiantes que ya eran médicos, ya se habían recibido, y nos trajeron la información de que existía una ley, de que podríamos elegir un consejo de madres, para hacer reuniones dentro de la unidad, ¡vamos a hacer la elección del consejo! Fuimos por el barrio explicando a la población qué sería el consejo, qué podríamos hacer por aquello, la importancia del consejo, quiénes serían las madres que formarían parte del consejo; fue un trabajo de investigación de dos años. Elegimos el primer consejo en 1978, 8.000 votos en el barrio y 12 madres; una vez por mes ellas se reunían con un médico, los funcionarios -que miraban de lejos- y las 12 madres, alguna que otra pelea en el medio, pero fueron firmes, y fuimos creciendo, conversando, discutiendo, yendo a la Secretaría, y fuimos conociendo qué era aquella unidad y qué podía ofrecer a la población, qué era una Unidad de Salud, qué era salud, y fuimos creciendo. Dos años después, ya no éramos más un consejo, éramos 19 consejos, y fuimos creciendo todos trabajando. Cuando

íbamos a la Secretaría ya éramos mucha gente, hicimos y escribimos un estatuto para los Consejos, pero el secretario no nos quería aprobar las leyes del Consejo, porque allí estaba escrito que nosotros queríamos fiscalizar el servicio: "no, no, no, ustedes sólo pueden colaborar limpiando, abriendo las puertas de la unidad, ayudando a las campañas", pero nosotros no queríamos eso, nosotros queríamos fiscalizar y decidir, ya teníamos la intención de que nosotros teníamos que decidir, que era un derecho nuestro, que los programas fuesen elaborados para servirnos, y que el dinero que era recaudado de los impuestos que nosotros pagábamos, volvieran a la periferia. No en la construcción de un hospital en el centro de la ciudad, a 30 km de la periferia.

Ustedes vieron el video donde mostraban los hospitales, esos hospitales: fueron construidos hace 20 años atrás cuando nosotros comenzamos a exigir que *fuesen construidos esos hospitales, sólo que ahora la gente consiguió que comiencen a funcionar en la periferia*. Con esa lucha la población se fue organizando y tomando conciencia política. Las cuestiones de la salud ayudaban a que la gente tuviese una conciencia de que nosotros tenemos un derecho, nosotros los de la periferia, nosotros tenemos derecho a mejores condiciones de vida y salud. Entonces creamos un movimiento de salud en la zona este y organizamos ese movimiento con una coordinación, y las regiones y los consejos fueron aumentando. Cada dos años elegíamos nuevamente consejo, nuevos consejos; en un primer momento era uno, después eran diecinueve, después eran treinta y no sé cuantos, hoy tenemos más de 100 consejos. Un consejo en cada barrio y una comisión de salud, la comisión es la que da más fuerza al consejo, y tenemos la organización de un movimiento fuerte en la ciudad.

Pero yo quería volver un poco a unos años atrás, cuando vimos que precisábamos también trabajar, luchar en algún partido político, precisábamos elegir algunos representantes de la población para conseguir algunas cosas que la gente no tenía capacidad; por más que el movimiento popular se organice, éste tiene que luchar en otras instancias, en otras áreas. Como personas cada uno de nosotros ingresó en algún partido político, pero no como movimiento, sólo como ciudadano. Elegimos en 1989 un partido democrático popular, y ahí la cosa se enturbió, porque ahora la gente iba a exigir del gobierno poner en práctica lo que la gente tenía idealizado como salud, como participación popular, la gente quería participar de las decisiones, no sólo fiscalizar sino participar de las decisiones. Entonces fué creado en la administración un Consejo Municipal, ¿qué es un Consejo Municipal?: los representantes de la población organizada de estos movimientos que ya tenían veinte años -que no son movimientos fuertes en todas las ciudades, pero en algunas regiones como la nuestra y en otras regiones, donde existe con menor grado de organización- entonces fué creado en la administración el Consejo Municipal de Salud, que era el lugar donde la gente iba a de-

cidir, y la administración creó también el Consejo de Orientación de Fondos de Salud, que es donde está el dinero, lo que nosotros sabemos es que si no participamos de la división del dinero, no conseguimos un poder que sea completo, si no determinamos dónde gastar el dinero no estamos participando de la decisión, está decidiendo el secretario, están decidiendo por nosotros y no queremos eso. Nosotros participamos del Consejo Municipal en donde son elaboradas las políticas, donde se discuten los grandes problemas de la ciudad, es donde se determina qué tipo de salud va a tener la ciudad.

El Consejo también es reivindicatorio. Presionamos a través de Consejo al gobierno estatal y al gobierno federal, entonces el Consejo es una herramienta reivindicatoria y un organismo de presión. Ahora, ¿quién compone ese consejo? -es muy gracioso-: el mismo está compuesto de entidades organizadas, son treinta y dos personas. Aquí hay dieciseis que representan los movimientos populares, que son de cuatro regiones de la ciudad de São Paulo, el sindicato de los trabajadores, los sindicatos patronales, y la Asociación de Enfermos Crónicos -renales crónicos, hemofílicos y los deficientes- entonces de un lado tenemos los usuarios y los patrones que están aquí con la gente, pero la gente no pelea. En el otro lado están los trabajadores de la salud y los prestadores de los servicios, ¿quién presta los servicios? los lucrativos y los no lucrativos, los convenios y los servicios pagos. También la municipalidad tiene un representante de la secretaría, hay un representante del gobierno del Estado, hay un representante del gobierno federal, y hay un representante de la Cámara Municipal, de la Intendencia Municipal, y hay también de las universidades. Esta es la composición del consejo y nosotros estamos muy bien, entre nosotros la gente no pelea, pero percibe que los intereses son diferentes, convivimos y cuando existe algún problema que interfiere algunos intereses, discutimos, peleamos, y tenemos que votar. Y aquí somos mayoría, cuando nos unimos somos mayoría, y ahí votamos y volvemos a estar bien, consiguiendo que la mayoría de la población no sea perjudicada en esta administración. Estamos ahí defendiendo los intereses de la mayoría de la población, que es la mayoría menos privilegiada: los pobres. Esta es la composición del consejo.

El consejo de orientación de fondos de salud, tiene un representante del consejo, que soy yo, hay un representante de la población, un representante de la Secretaría de Finanzas, un representante de la Secretaría de Salud, y un representante de la Cámara Municipal. Este es el consejo de orientación de fondos. Yo solo quería agregar lo siguiente, yo les hablé de lo que habíamos hecho años atrás, porque ahora estamos teniendo una participación en las instancias de decisión, porque nos preparamos desde hace veinte años atrás, sino yo soy ama de casa -sólo cocinar y coser- (*risas*). Para mí, entender de dinero, fondos, programas, -yo nunca estuve en el banco de una facultad, de escuela- entonces tuve que

participar, participar, participar mucho, mucho, mucho. Entonces yo creo que la gente no puede tener prisa, tiene que ir despacio. (*Aplausos*).

Carlos Pletz Neder: Yo pretendo hablar rápido y poco, porque creo que sería bueno dejar un tiempo para preguntar algunas cosas y también saber su opinión, qué es lo que ustedes piensan y en qué medida el trabajo que se está haciendo en São Paulo se puede aplicar a la realidad argentina. Me ha impresionado mucho la discusión que hemos presenciado a lo largo de estos dos días, cuando se pone en duda su servicio público polifuncional adecuadamente, su servicio público puede ser eficaz o si necesariamente la salida es la privatización. Nosotros entendemos, la experiencia que nosotros traemos para ustedes, es de un servicio público que funciona cada vez mejor. Los compañeros nuestros dicen que el entendimiento de la salud y el proceso de cambio de la salud, para la gente es un problema esencialmente político, de la misma forma que nos parece que el problema que ustedes enfrentan hoy aquí, es un problema eminentemente político. No se trata de una discusión teórica de modelos, no se trata de una discusión ideológica de privatización versus estatización, se trata de un compromiso político por el cambio. En ese sentido cabe avalar cuál ha sido la contribución de cada uno en su unidad, en su barrio, en su trabajo, en su familia, en su ciudad, para cambiar esas condiciones que hoy nos preocupan a todos, a ustedes porque no están consiguiendo, por lo que pude percibir, todo lo que entienden como correcto. Y a nosotros también, porque aquello que fue mostrado en relación a la Argentina, la cartilla del Fondo Monetario Internacional que está siendo aplicada aquí es la misma cartilla que está siendo llevada al Brasil. Y lo que pasa en São Paulo, en Puerto Alegre, en Santos, y otras ciudades que son administradas por otros trabajadores, no es lo que acontece en Brasilia, no es lo que acontece en todo Brasil. Por lo tanto, lo que hoy es la victoria, mañana si no tenemos cuidado puede ser una gran derrota para los trabajadores, como ya asistimos en varios momentos en América Latina, en nuestros países. Entonces nuestra preocupación es, por un lado saber si lo que da esa experiencia puede ser útil para ustedes, y por otro lado recuperar la comprensión de que nosotros estamos juntos en la misma lucha, Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil, nosotros tenemos que pensar una forma de pensar esa orientación que está dando el Banco Mundial y el FMI, de la política de estado mínimo, de ajuste salarial, la privatización progresiva que está vendiéndose como ilusión a los trabajadores.

Es preciso gastar en salud, nosotros entendemos que es preciso gastar, y no se gasta apenas en equipamientos, en construcciones, en tecnologías, el 70% de la salud son recursos humanos, trabajadores que estén prestigiados, que estén debidamente remunerados, que puedan desarrollar sus capacidades, que estén entrenados y habilitados para eso. La salud es también desarrollo social, es desarro-

llo político y desarrollo de la ciudadanía, entonces, es falso decir que aquí estamos hablando de educación para la salud, aquí vamos hablar de educación popular, aquí no vamos hablar de política de salud, vamos hablar de política del país. De la misma manera tengo miedo, tengo recelo, tengo preocupaciones si no discutimos globalmente el problema. Nosotros corremos el riesgo de que el lamento, la queja se perpetúen, y la gente no haga los cambios que tienen que ser hechos. Nosotros podríamos presentar algunos datos, y ustedes dirían si vale la pena. Hasta este Gobierno se gastaba el 8% de presupuesto en la salud, este Gobierno elevó al 15% los gastos de salud. Cuando nosotros asumimos, entramos al Gobierno y habían 23.000 funcionarios, hoy son 39.000 funcionarios en la Secretaría Municipal de Salud, de los 23.000 funcionarios, el 70% no había pasado por ningún concurso, estaban trabajando por acomodos políticos, contratados sin ningún tipo de criterio de competencia profesional. Hoy aumentamos en 16.000 los funcionarios hasta llegar a 39.000, y hoy el 85% de los funcionarios ya pasaron por concursos, ya efectivos y aprobados en una prueba, y testados en cada día de trabajo. Nosotros creemos que profesionalizar a un funcionario de la salud, es fundamental para que él tenga la garantía de su empleo, la estabilidad, y es un compromiso también con la población de la cual es parte. Podemos citar otro tipo de datos, cómo mudamos el perfil de una secretaria: en toda su historia la ciudad de São Paulo tenía nueve hospitales bajo la responsabilidad de la Municipalidad. Hoy ya tenemos catorce, abrimos, construimos y equipamos cinco nuevos hospitales y el mes que viene vamos a abrir el sexto hospital de este gobierno. Para eso precisamos que la Cámara Municipal cree los cargos para que nosotros podamos hacer la nominación de las personas aprobadas en concurso.

Aumentamos el número de las unidades básicas de salud y creamos nuevos servicios que no existían, centros de referencia de salud del trabajador, acciones de salud del trabajador en las UBS, hoy con seis centros de referencia más. Hoy las unidades pueden recorrer sus servicios para hacer un diagnóstico de enfermedades profesionales, para hacer denuncias de los accidentes de trabajo, para discutir en qué condiciones hoy un trabajador está consumiendo su vida, su energía y comprometiendo su salud. Construimos varios equipamientos preparados para la salud mental, en los parques públicos, centros de convivencia y cooperativa. Hoy los funcionarios, los deficientes mentales, visuales, auditivos, de todo tipo, conviven con la llamada "población sana", normal, mostrando que en verdad todos esos son normales y que es necesario no segregar. Es necesario integrar la sociedad para que la gente cambie su comprensión de lo que es salud y de lo que es enfermedad, y cambie una práctica que es medicalizadora, y muestre la necesidad de la solidaridad de la integración social para que se cambien hábitos, se cambien valores no solo en la cabeza de los funcionarios, sino en toda la ciudad.

Este gobierno vino esencialmente para cambiar valores, y no apenas para

construir predios, para construir equipamientos, para comprar vehículos; ya mismo tenemos más hecho que otros gobiernos que nos precedieron. Y hace porque no roba, porque no tiene corruptos, porque no tiene desvío de dinero para otras finalidades que no sean aquellas para la cual el Gobierno fue electo, y no es porque las personas sean santas, sean serias e inmunes al robo, sino porque hay un rígido control de la población en cada centavo, en cada cruzeiro que se ha invertido en las áreas sociales, por lo tanto es más difícil que haya un desvío de ese tipo de recursos. En el área de salud mental, buscamos hacer un trabajo integrado, centros de convivencia en los parques públicos, equipo multiprofesional de salud mental de las UBS, para hacer un diagnóstico y traer al paciente para su atención necesaria, lechos de emergencia psiquiátrica en los hospitales generales, no más camisas de fuerza, no más un manicomio. Lechos de emergencia psiquiátrica en los hospitales generales, atención de emergencia en los pronto socorros de la Municipalidad, y hospital de día para que el paciente pueda estar acompañado por los equipos de salud mental -muy profesionales-, para que de noche pueda volver a la convivencia con su familia y no viva segregado, ni marginalizado.

Estoy citando dos áreas, salud del trabajador y la de salud mental, pero podríamos citar varias otras, por ejemplo, salud de la mujer -no más materno infantil-, la mujer en su integralidad, como ciudadana, como persona con derechos. Primer servicio del país de atención al aborto, según está previsto en la ley, resultante de estupro o cuando coloca en riesgo la vida de la madre, el hospital de Jabaquara, el hospital Municipal, que es un hospital que tiene el servicio instalado, rompiendo preconceptos entre los funcionarios, y rompiendo preconceptos en la ciudad, dentro de la ciudad, y demostrando que es una gran hipocresía, cuando se sabe que la enorme cantidad de abortos hechos en forma clandestina es inmensa, elevando el hábito materno, y un servicio público que respeta el derecho y la filosofía de cada uno, debe atender al aborto legal como debe ser. Todos los métodos de planeamiento familiar están colocados a disposición de las UBS y de los equipamientos de la Secretaría. El planeamiento familiar es también prenatal; para reducir los índices de mortalidad materno-infantil fueron creados los Consejos de Control de la Mortalidad Materna. Lo que tiene de nuevo eso, es que la población participa de esos consejos. Hasta entonces el prontuario médico estaba sin atender, sólo "los dioses" eran los que podían manipular el prontuario médico - que son los médicos de mi categoría-, y fue preciso mucha lucha, mucha pelea, mucha discusión con los sindicatos, con los Consejos Regionales de Medicina, para que nosotros podamos tener hoy en la ciudad de São Paulo, un Comité Municipal con participación de universitarios, de movimientos feministas, y funcionarios de la Secretaría de la Salud, que analizan cada muerte materna existente en el municipio. Y voy a la Unidad para saber por qué ocurrió, en qué condiciones ha ocurrido, y qué es lo que podrían hacer para haber evitado cada muerte, y

qué se podría hacer para que no vuelva a ocurrir. Estamos yendo ahora, para los Comités Regionales de prevención de la mortalidad materna. Son algunos ejemplos de lo que es posible hacer desde el poder público, la administración directa: cómo se trabaja con seriedad, cómo se puede gastar el dinero en aquello que hay necesidad en la población, no decidiendo la Municipalidad o su secretario, sí decidiendo a través de un proceso de participación ascendente y de planeamiento de presupuestos ante las prioridades de la Secretaría.

Zulmira mostró a ustedes toda una historia de lucha, en un primer momento en la zona este de la ciudad, y que hoy podemos decir que ésto se expande en el conjunto de la ciudad -en la zona sudeste, en la zona sur, en la zona norte, y en la zona oeste-. Cada vez más la gente ve números, y números, y números de Doña Zulmira, en cada barrio luchando por sus derechos, organizando los movimientos de salud, eligiendo Consejos Populares de Salud, y comenzando a participar de los Consejos Gestores. Cuando Luisa Erundina fue escogida como candidata, ella dejó bien claro cuál era la propuesta del Partido de los Trabajadores, unido con otros partidos de izquierda en un frente político, con relación a la cuestión de la participación popular. Era importante respetar, estimular, incentivar la organización independiente de los trabajadores en los barrios, en la Comisión de Salud, en los Movimientos de Salud, en el Consejo Popular de Salud, donde ellos mismos eligen, ellos mismos se reúnen, y nosotros no sabemos ni el momento, ni el por qué; es una decisión de los Movimientos Populares. Es necesario estimular la organización independiente de los trabajadores, de los sindicatos, de las comisiones sindicales de base, pero al mismo tiempo es necesario democratizar el aparato del Estado, es necesaria la visibilidad para las políticas públicas, es necesario que haya un control social sobre el funcionamiento de una máquina administrativa de gobierno, siempre muy centralizado y controlado por pequeños grupos de interés.

Es por eso que fueron creados los Consejos Gestores, el Consejo Municipal de Salud, Consejo de Fondo de Salud, Consejo Gestor de la Región del Distrito de la Unidad de Salud, para que el Gobierno/trabajadores/población que utilice sus servicios, pudiese, cada uno teniendo su forma de organización, participar del proceso de decisión. Cuando en 1978, la población se comenzó a organizar para participar de un Consejo Popular, junto al puesto de salud muchos de la izquierda dijeron que era un engaño, que el pueblo estaba siendo engañado, que el pueblo estaba siendo manipulado, que el pueblo iba a ser usado por el gobierno. Zulmira dejó muy claro que desde un primer momento, ellos entendían que su papel no era barrer el piso de la Unidad, no era estar dando esclarecimiento a los usuarios de por qué el puesto no estaba funcionando bien, librando la responsabilidad del gobierno. La función de ellos, era, estando en el puesto de salud, representar a los moradores y recordarles sus derechos sin perder su libertad.

Cuando ahora nosotros formamos los Consejos Gestores, muchos sindicatos de izquierda, la propia CUT -Central Unica de Trabajadores- y compañeros de nuestro mismo partido se preguntaban si participar de los Consejos Gestores dentro de la Municipalidad, no sería una traición a la lucha de los trabajadores, si ellos no deberían permanecer solamente en el sindicato, en la Comisión Sindical de Base. Fue necesario mostrar que la participación de los trabajadores en sus organizaciones, no se chocaba con la participación en los Consejos Gestores, y hoy está en claro, que la participación en los Consejos Gestores ha sido fundamental para que se entienda en el proceso de trabajo cómo se han tomado las decisiones dentro del gobierno, para que las personas se apropien de ese proceso de decisión, porque si ese gobierno hoy es a favor de la participación popular, no sabemos lo que viene por el frente, y por lo tanto nosotros tenemos que estar preparados para cualquier riesgo de retroceso político en la ciudad de São Paulo y en otras ciudades, y del agravamiento de la situación política del país. Por lo tanto, ustedes se preguntan cómo es posible hacer para recuperar aquello que ya nos tiraron. Pero, todo dirigente sindical, todo dirigente de los trabajadores, todo tipo de liderazgo popular -en los años anteriores a la dictadura-, y cuando hoy el propio Menem -yo vi que en esta semana ustedes hicieron una manifestación en las calles asumiendo nuevamente el riesgo de la vuelta al pasado- nosotros tenemos problemas similares en el Brasil, y la lógica es la misma que la del Fondo Monetario, del Banco Mundial, y de intereses no muy adecuadamente discutidos entre nosotros, entonces, nuestra preocupación es continuar avanzando, y no permitir que haya un retroceso si nosotros por una desgracia perdemos ahora las elecciones el 3 octubre, las elecciones municipales en todo el país. Yo podría estar mostrando algunos datos, pero yo creo que para ustedes di una idea, porque podríamos dar datos de integración y hospital, eran 45.000 por año, hoy son 72.000 por año, podríamos dar datos de consultas médicas, hoy hacemos más de siete millones de consultas médicas por año en la Secretaría de Salud, y podríamos dar datos de la participación de la comunidad a través de las acciones de vigilancia de la salud.

Pero lo que yo encuentro fundamental es que la gente acredite que el servicio público puede ser eficiente, puede funcionar bien, para eso tiene que estar descentralizado, tiene que haber voluntad política, y tiene que haber un control de la población y de los trabajadores, en una punta donde el dinero es gasto y donde las prioridades son decididas, porque ahí nosotros no vamos a desperdiciar recursos. Aquella discusión de ayer a la noche -no me acuerdo los nombres de los panelistas- donde decían que el sector privado tiene intereses al tener lucro, por eso vamos a dejar un servicio más completo para que ellos hagan, y vamos a retirar al sector público de la prestación de servicios. Nosotros creemos que el sector público puede participar, ser responsable y no desperdiciar recursos, desde que

se hace un trabajo como el que nombró Rubens. No tratar a la ciudad como algo todo igual, ésta tiene diferencias, dentro de cada barrio existen diferencias. Los agravantes de la salud, los problemas de salud, están desigualmente distribuidos y tenemos que ver de solucionarlos de forma desigual, dando prioridad al que nunca tuvo, el que nunca tuvo prioridad, el que nunca tuvo voz, y para el que va a tener el privilegio y la prioridad en las inversiones de salud. Estas son algunas cosas que yo estoy diciendo para ustedes, y me quedo esperando por las preguntas que van a ser ahí colocadas. (*Aplausos*).

Público: Tengo algunas dudas acerca de la exposición de Rubens y quiero ver si se pueden aclarar. Una es cómo es el tema del financiamiento a nivel local -que no fue manifestado-, la segunda es cómo ha sido la elección de los que conducen los Distritos Regionales, si fue una decisión política o hubo un concurso. La tercer pregunta es, cómo era la relación con la seguridad social y los sectores privados, porque vos mencionaste la dificultad que tenían con el sector estatal, no mencionaste cómo se manejaban con la seguridad social y con el sector privado. La cuarta pregunta es, cómo fue la relación con los jefes de servicios, con los jefes de unidad, cómo trabajaron el tema de la responsabilidad que ellos tenían a nivel solamente hospitalario, para empezar a pensar en la responsabilidad de todo el Distrito.

Público: Voy a tratar de hablar en portugués para que ustedes comprendan, yo estoy bastante identificado con las cuestiones políticas que ustedes presentan, y quería saber qué análisis político tienen ustedes de cómo va a seguir desarrollándose este proyecto político. Al mismo tiempo que ustedes hablaban los carteles caían, y yo creía que la fragilidad de proyectos políticos similares en América Latina, tenían la fuerza de esos carteles que estaban pegados, que ante el primer viento parecían que caían, pero ustedes tenían mucha seguridad. En Argentina, yo participé de un proyecto de atención primaria bastante importante, ATANDOS se llamaba, y la cosa fue desarrollándose muy bien pero ahora la cosa acabó y hay como un recrudescimiento de adherentes, de cosas bastante fascistas muy similares al tiempo de la dictadura. Por eso, yo quería conocer la opinión de usted de cómo se puede desarrollar este proyecto, más cuando las políticas económicas en América Latina están en contraposición de todas estas cosas. Ustedes hablan de un gran porcentaje para la salud, pero yo creo que es bastante difícil conducir un municipio o un país, y no tener problemas, no sólo en Brasil sino en la Argentina y en otros países similares.

Público: Yo soy de Montevideo, Uruguay, tú mencionaste que en el área

donde tú trabajabas hay Centros de Referencia de Salud de los Trabajadores, me preguntaba cómo se organizaba, si la detección del caso partía del área laboral y después iba como referencia a una unidad básica y de ahí al otro, o cómo tenía organizada la parte de salud de los trabajadores por el área, no a nivel distrital, en el área.

Público: Yo quisiera averiguar cómo ustedes hicieron con aquellos funcionarios nombrados políticamente, al asumir la nueva administración, aquellos funcionarios, ya sean profesionales o no, que existían de la otra administración, si fueron sacados del entorno de trabajo, o si se les tomó algún tipo de examen o concurso, y continuaron trabajando en la política o en el trabajo que ustedes están haciendo. Yo soy de Rosario, tengo 24 años de trabajo municipal, trabajo en atención primaria, y resulta que a veces es un poco doloroso que gente del partido gobernante asuma cargos cuando no tienen ni la capacidad, ni el estudio, ni nada como para asumir un cargo sin tener ningún tipo de experiencia. Yo quería saber qué habían hecho ustedes con esos funcionarios nombrados políticamente.

Rubens Kon: Nuestro Distrito es una unidad presupuestaria, éste tiene una dotación presupuestaria propia que viene del presupuesto de la Municipalidad, de las recaudaciones de impuestos de la Municipalidad -como Carlos afirmó-, cerca del 15% destinado a la salud. Nosotros tenemos una dotación presupuestaria para el Distrito de Salud, esa es la principal fuente de nuestros recursos. Recientemente, tenemos un recurso adicional -que es lo que Zulmira dijo-, que es lo que viene del Fondo Municipal de Salud, que son otras recaudaciones que no son las del presupuesto. Hoy, los municipios reciben del Gobierno Federal dinero de la seguridad, compra principalmente producción de servicios, existe algún traspaso también para las acciones colectivas pero de grosso modo, el criterio es de productividad entonces, son esas dos fuentes de recursos. El presupuesto hoy cubre el 80% de los gastos, y el 20% de recursos públicos. El cargo de director del Distrito de Salud, es un cargo de confianza de la Administración, él es escogido por la Dirección del Distrito, Dirección de la Región, Administración Regional de Salud -en mi caso yo fui escogido por el secretario de Salud, porque es un distrito peculiar, que ya existía antes, una propia Región de Salud-Nuestra relación con el Sector Privado, la llamada seguridad social. Como el Distrito de São Paulo no está municipalizado en las acciones de salud, como nosotros decimos, entonces, tenemos la Red Municipal conviviendo con la Red Estatal, y tenemos un gran contingente de instituciones privadas que son financiadas por la seguridad social. Hoy el control de esa red privada depende del Estado y no de la Municipalidad, entonces hoy nosotros no tenemos control sobre esa Red.

Con relación a los jefes de los puestos de salud, los jefes de la UBS en este proceso de tres años y medio, ocurrieron dos cosas: algunos de esos jefes que trabajaban con una perspectiva bien diferente de la que nosotros trabajábamos, fueron sustituidos a lo largo del proceso por personas que se enganchaban, que tenían compatibilidad con nuestra propuesta, y una cosa que nosotros observábamos también, es que las personas que trabajaban en una perspectiva más tradicional, durante el correr del proceso, se fueron aproximando, y a través de la práctica de territorio, relacionándose con los problemas de la población, ellos se fueron integrando, asumiendo responsabilidades, e integrándose en las acciones nacionales. El Centro de Referencia de la Salud de los Trabajadores, fue implantado en el inicio de este año, entonces nosotros tenemos todavía pocos meses de actuación. La idea es de que éste sirva, por un lado para la incorporación de acciones sobre la salud del trabajador en las Redes Básicas, que los puestos de salud sean locales, en donde la cuestión salud/trabajo sea discutida y sea trabajada, no solamente atendiendo los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, que en la propia relación con la comunidad, frecuentemente el trabajo sea tenido en cuenta en la definición de los problemas. El Centro de Referencia funcionaría como referencia para esa red, y él recibe hoy demandas directamente de los sindicatos. Los sindicatos llevan a los Centros de Referencia problemas localizados o problemas generales de salud y trabajo, y el Centro de Referencia se dirige a las empresas, hace contactos con los sindicatos patronales, para investigar los problemas y proponer soluciones.

Carlos Pletz Neder: En primer lugar el tema de las admisiones. Fueron hechos concursos, y el que no pasó el concurso no fue admitido, las personas que pasaron el concurso permanecieron trabajando y fueron siendo llamadas por el concurso de acuerdo con su orden de clasificación, la política fue de privilegiar concurso público siendo ésta la forma más legítima de ingreso y permanencia en un servicio público; los que no pasaron se fueron, los que pasaron permanecieron. En relación a la dirección, una cosa es lo que nosotros encontramos como cierto, y otra cosa es lo que encontramos como posible. Lo que encontramos como cierto, es tener un cuadro municipal de salud, definición de una planificación de carreras, cargos y salarios, y a partir de ahí la persona poder ocupar cargos en la Secretaría, de acuerdo con su calificación y su estado en la carrera. Nosotros estamos preparando un proyecto de ley para enviar a la Cámara sobre eso, entre tanto esto no existe en este momento. Actualmente, los cargos se están dando -como dijo Rubens- como cargos de confianza, y ellos tienen determinado tipo de exigencias, por ejemplo habilitación de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud, experiencia en administración hospitalaria, dependiendo del tipo de cargo se puede tener un perfil determinado, u otro perfil de persona para ocu-

parlo, no se puede poner a cualquier persona. Para la gran mayoría de los cargos hay que poner personas entre los funcionarios públicos municipales, o estatales, y entre estas personas hay que atender a aquellas exigencias.

Público: ¿Quieren decir que en este momento ustedes tampoco tienen carrera sanitaria, como nosotros?

Carlos Pletz Neder: No tenemos, nosotros tenemos un proyecto que está siendo negociado en la Cámara. En relación con el financiamiento -no fue dicho aquí pero creo que es importante-cuando nosotros asumimos la Secretaría ésta estaba dividida en un área hospitalaria y un área ambulatoria, sólo que las unidades presupuestarias estaban todas en el gabinete del secretario y estaban dentro de los hospitales. Lo que nosotros hicimos en 1989 fue tomar las unidades presupuestarias -a través de la cual se puede administrar el presupuesto-, y las pasamos a las diez administraciones regionales; en 1990, nosotros además de mantener las unidades presupuestarias en las regiones, pasamos unidades presupuestarias para 14 distritos, de los 32 distritos que administran su propio presupuesto, y para el presupuesto del año que viene, vamos a tener de 22 a 24 distritos de los 32, siendo unidad presupuestaria. ¿Por qué esto es importante? Es importante porque si la población está organizada en un lugar donde no hay administración de recursos financieros, en verdad la participación todavía es artificial, es precaria. Nosotros tenemos que descentralizar el poder de ejecución presupuestaria a nivel local, para que la participación sea más efectiva. El presupuesto de la Municipalidad está hecho en los barrios, a través de plenarios populares, con la presencia de la prefecta, de los secretarios, de los movimientos populares, de los sindicatos; en este momento nosotros estamos haciendo eso. En septiembre, nosotros tenemos que entregar el presupuesto a la Cámara Municipal -que también puede modificar el presupuesto- entonces, en los plenarios en los barrios los programas van siendo levantados, priorizados, haciendo una variación de lo que significa en términos de costo, y esto va siendo condensado hasta que la propuesta llegue a nivel de la Municipalidad, que después va a ser negociado en la Cámara.

La relación nuestra con el Gobierno del Estado -aquí es la provincia-, es muy difícil porque hay programas de orden político que bloquean, que impiden a la municipalización como nos gustaría a nosotros. Desde 1989 hasta acá, nosotros absorbimos 20 UBS del Estado que estaban cerradas y las pusimos en funcionamiento; asumimos un Pronto Socorro y absorbimos un ambulatorio de varias especialidades. Del Gobierno del Estado, pasó a la Municipalidad, lo que estaba cerrado se abrió, sólo que nosotros no recibimos ni un centavo de cruzeiro de apoyo para abrir ese servicio. Por ejemplo, la Municipalidad tiene hoy 14 hospitales, 15 con ése que vamos a abrir; la municipalización en São Paulo, significa

recibir otros 17 hospitales del Estado; la prefectura tiene 140 UBS, la municipalización implica recibir 217 UBS, la Municipalidad tiene 12 ambulatorios de especialidades, la municipalización recibió 15 más de especialidades; la Municipalidad tiene 39.000 funcionarios, la municipalización significa recibir 25.000 funcionarios más, ocurre que el funcionario del Estado recibe la mitad o un tercio del salario que paga la Municipalidad, entonces la Municipalidad no solamente tendría que contratar más funcionarios para los servicios del Estado que están abandonados, y todavía tendría que pagar la diferencia en la equiparación salarial, porque no es justo que un funcionario de la Municipalidad, trabaje junto con un funcionario del Estado recibiendo dos veces más de lo que él gana.

Esa es la dificultad de la municipalización, que nosotros estamos negociando con el Gobierno del Estado, y con el Gobierno Federal. Pero hay problemas políticos porque ellos no quieren perder, y ellos dificultan y no pasan recursos a la Municipalidad, para que la Municipalidad pueda caminar más rápido en la municipalización. Para cuestión de unión del Gobierno Federal, no sólo estamos realizando la misma cartilla que está aplicando aquí el FMI -como nuestro presidente Collor tiene muchas coincidencias con su presidente-, recientemente están importando al Brasil, un impuesto llamado "impuesto sobre las transacciones financieras", dicen que el origen es de aquí de la Argentina, y que esto sería cierto -no sé cuál será su opinión-. Yo ya oí que ese impuesto sobre transacciones financieras, en la práctica, hace que un cheque se transforme en moneda, las personas circulan un cheque y no lo depositan en el banco, porque cuando llega al banco al cheque le retiran un porcentual que va para el sistema, en nuestro caso para la seguridad social, o sea, en el caso de Brasil la contribución de los empresarios, la contribución de los patrones para la seguridad social, está siendo sustituida por ese impuesto de transacciones financieras, que teóricamente va a financiar el sistema de salud, solo que nosotros no sabemos si eso es cierto, y nosotros creemos que en la práctica se está sustituyendo el presupuesto fiscal que viene del impuesto directo, por un impuesto que viene de esas transacciones financieras, que no es de ninguna forma seguro.

Entonces, nosotros tenemos mucha preocupación sobre el ajuste fiscal, que está siendo discutido en este mismo momento en el Congreso Nacional la propuesta de gobierno, aumentando la contribución de los trabajadores para previsión, para seguridad, y sustituyendo la contribución de los empresarios por un impuesto de transacción financiera, y nosotros no sabemos qué es lo que va a pasar. Es muy parecido a lo que está ocurriendo aquí -por lo que nosotros podemos entender-. El compañero preguntó si nosotros tenemos preocupación por un retroceso, si no es muy frágil. Nosotros creemos que todas las experiencias como ésta, son frágiles en la medida que nosotros no estamos en el núcleo del poder, nosotros administramos una parcela de ese poder que son las municipalidades,

nosotros estamos en condiciones de ganar las elecciones ahora a final de año, pero no sabemos si vamos a ganar. Por lo tanto, no hay ninguna garantía de la continuidad de este trabajo, a no ser -por lo que dijo Zulmira- que la garantía de la lucha, de la organización de los trabajadores, de la población, de los funcionarios, que aún no siendo de nuestro partido político, hoy saben que es una propuesta seria, y que tienen que luchar por ella independientemente de cada opción partidaria. Todos están luchando por la continuidad de esta política de salud, aún siendo de partidos políticos diferentes, y muchas veces hasta teniendo candidatos diferentes en las próximas elecciones.

Entonces, por ejemplo nosotros tenemos las Conferencias de Salud, en São Paulo todos los años hacemos la Conferencia Municipal de Salud, este año va a ser el día 17 y el día 18, nos vamos a reunir cerca de 4.000 personas, entre trabajadores, amas de casa, movimientos, empresarios, representantes de la sociedad, para discutir la política de salud para 1993. Para esa conferencia estamos invitando a todos los candidatos a intendente, a Pablo Maluf -de la derecha-, Eduardo Suplicy -que es el candidato apoyado por Luisa Erundina, del PT-, el candidato del PMDB, el candidato del PSDB, los candidatos de todos los partidos están siendo invitados para conocer el trabajo que está siendo hecho por la salud, para decir qué es lo que pretenden continuar, lo que pretenden parar, y cuál es la política de salud que ellos defienden, cuál es su plataforma de gobierno para la salud, delante de 4.000 personas, los movimientos, las organizaciones sociales. Entonces, ésta es la forma que nosotros entendemos de conseguir algún tipo de compromiso de los candidatos en la continuidad de este trabajo. Pero esto tampoco es seguro, aún así es posible que ellos no cumplan lo prometido, y ahí vamos a tener que estar organizados para forzar la continuidad de este trabajo.

Elsa Lobo: Yo quería cerrar diciendo una cosa más, que es lo siguiente: la dificultad que tiene esta Administración se debe a las fuerzas conservadoras, sobre todo a la élite de nuestro continente. Y en el caso de Brasil, y São Paulo que es la ciudad mayor, y es el centro de decisiones a partir de la fuerza económica que tiene, no es fácil para las élites aceptar que sea una persona que está viniendo de otra provincia que es del noreste de Brasil, además de esto ser mujer y ser del PT, relacionándose directamente con los trabajadores. Llegar a tener este avance que ustedes han podido apreciar en el sector salud, lo mismo se ha dado en el sector de la educación, lo mismo se ha dado con el pensador Paulo Freire -Secretario de Educación-, lo mismo se ha dado en la cultura donde una gran filósofa María Elena Chahui, fue quien asumió todo el trabajo en cultura, y en el área de planificación con Paul Singer -que es bien conocido- o sea, todo un equipo que apoya a la alcaldesa de São Paulo, en administrar la ciudad que tiene todas estas desigualdades, y al haber un reconocimiento de todos los sectores que esta Ad-

ministración ha pagado las deudas que las Administraciones anteriores dejaron, la honestidad de la alcaldesa, todo esto es reconocido. Pero para no dejar que se pueda llegar, y llevar un proyecto en esta perspectiva, ya hubieron dos momentos con problemas en las cuentas, o sea el Tribunal de Cuentas pone trabas en el momento que se hace la rendición de cuentas del año anterior. Todo el presupuesto -como dijo Carlos- se organiza a partir de los plenarios con los sectores populares en los barrios, luego se va a las regiones y se decide el presupuesto a partir de las necesidades de todas las áreas de la Administración, poniendo fuerza en las áreas sociales. Cuando se va a rendir cuentas, hay trabas técnicas que ellos ponen con gran preocupación de que no se ha gastado bien el recurso. Se da una respuesta, pero la prensa no publica lo que pasa del lado de la Administración. Entonces, todo lo que pasa es sólo en el momento en que el Tribunal presenta una desconfianza, y del otro lado la respuesta de que no hay, de que no existe ese problema, no vuelve a aparecer en los periódicos; ése es uno de los problemas. Otro problema, por ejemplo si ustedes han visto estas imágenes que pasamos en video, que muestran cómo por la ley orgánica del municipio, la Constitución Municipal, hay un ítem para rendir cuentas a la población de lo que se está haciendo con los gastos públicos. En el momento en que la Municipalidad presenta sus actividades, los partidos conservadores dicen que este tipo de rendición de cuentas a la población es publicidad política, y es por eso que no se pueden llevar adelante todos los programas, incluso de comunicación. Fueron retirados ahora del aire, porque los partidos conservadores lograron ganar dentro de la Justicia. Entonces, hay una lucha ahí -y quiero que ustedes lo entiendan-, una lucha que es permanente. Carlos es uno de los médicos -que Zulmira contaba- del Movimiento de Salud, de la zona este; cuando el movimiento empezaba él era estudiante de medicina, después se recibió de médico, trabajaban -y aún tenía pelo (risas)- y aún trabajan juntos dentro de la otra óptica, o sea hoy Carlos es secretario, fruto de todo ese trabajo que ha tenido junto con otras personas que están ocupando otros espacios dentro de la Administración. Eso que él dijo aquí acerca de una serie de datos, que fueron los espacios abiertos por esta Administración y el sector salud. Pero nosotros, tenemos la oficina coordinadora especial de la mujer, y además de toda esa relación con el programa de salud de la mujer de la Secretaría de Salud, trabaja en espacios de discusión, en tener espacios abiertos para las mujeres golpeadas, entonces, todo es un trabajo en contra de las situaciones violentas. Hay Casas Abrigo, creadas por la Municipalidad que no se pueden decir donde están ubicadas, porque al decir dónde están ubicadas las personas pueden volver a ser golpeadas.

Entonces, hay un trabajo muy hermoso en esa línea con las mujeres. Hay trabajos con las escuelas, entonces la misma oficina coordinadora organiza encuentros con las otras mujeres -por ejemplo que están en las guarderías, o las mujeres

que trabajan en la limpieza- de varios espacios de las Unidades de la Municipalidad, para intentar también fortalecer esa conciencia, del avance de la lucha de las mujeres en distintos espacios. Recientemente hubo todo un trabajo de relación entre el Estatuto del Niño y el Adolescente, entonces hay otra oficina coordinadora creada en la Municipalidad, para que se haga verdad esta gran lucha que viene de muchos años por los derechos de los niños que existe en la Constitución, pero en la praxis no se llega a implementar. Ustedes conocen lo que es la realidad de Brasil en términos de los asesinatos de niños en la calle, y sobre todo en la Ciudad de São Paulo, entonces, varios espacios que fueron creados en esta Municipalidad junto con esos espacios de convivencia -donde está la Secretaría de Deportes, la Secretaría de Cultura, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación-, todos trabajando intersectorialmente, entonces me parece que habría que redondear eso percibiendo que es un todo. Y aquí yo lo quisiera dejar también como registro, es que cuando propuse que se hiciera esta mesa, de traer la experiencia de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de São Paulo, es porque ésta es la tercera jornada en que yo participo, y en las dos Jornadas anteriores me pareció que los compañeros que vienen a estas jornadas, vienen buscando algunas salidas, algunas expectativas, y buscar reflexionar sobre lo que se puede hacer. Y cuando llegamos acá, la impresión que da es que las jornadas se terminan en una gran frustración al hacer un gran balance de la realidad nacional. Pero no se logra llevar a lo cotidiano, y como el tema de este año era justamente lo cotidiano y el ajuste, me parecía -y ahí lo dejo realmente registrado- que esta mesa no debería haber sido aquí, debería haberse hecho en el Aula Magna, que podía haber sido aquí o allá, pero no tendrían que haber habido otras actividades al mismo tiempo, porque mucha gente que buscaba cosas, la perdió. Esto, me parece que es una lástima para las discusiones, entonces, a ustedes les toca ahora -después que han escuchado- ser los reproductores de esta discusión, pero para la gente que viene, sobre todo la juventud -a mí me toca mucho que viene mucha juventud- que viene buscando alternativa, buscando caminos, buscando posibles salidas. Y hay salidas. Lógicamente que en octubre podemos perder las elecciones, depende de cómo se manejen las fuerzas. Nosotros podemos tener otra situación difícil, como el momento actual de Collor, de toda la corrupción que está visible, y que ya no se puede escapar de hablar de todo eso. Pero de todos modos, esta lucha no va a terminar, ella va a seguir, y si Carlos sale de secretario y vuelve al barrio, Rubens sigue en el barrio, ella sigue, yo sigo, cada uno en una parte, y vamos a estar juntos dentro de una perspectiva más cercana siempre de la liberación de nuestro pueblo.

Entonces, quería agradecer la presencia de todos. *(Aplausos)*.

¿SEGURIDAD SOCIAL CAMINO A LA PRIVATIZACION?

Mesa redonda

COORDINADOR

Horacio Barri
MOSIS, Córdoba

PANELISTAS

Susana Belmartino, CESS, Rosario
Oraldo Britos, senador nacional (no concurrió)
Diego Capurro, ATE nacional
Jorge Hoffman, secretario general de ATE, Santa Fe
Mónica Panadelros, Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, FIEL (no concurrió)
José Tagliafico, director del ANSSAL

Horacio Barri: Bueno, agradecer la invitación a coordinar esta mesa es un poco formal. Yo quiero aprovechar para agradecerles a los organizadores el tremendo esfuerzo que es organizar todo esto, la posibilidad que es para todos nosotros esto de juntarnos una vez al año a debatir estas cuestiones tan importantes y poder aplicarlas en nuestro ámbito. Yo creo que todas las veces que se pueda, siento la necesidad de hacer este agradecimiento a este tremendo esfuerzo.

Vamos a abordar un tema que tiene una trascendencia muy particular. A veces uno dice ¿por qué semejante trascendencia? Motivo de negociaciones permanentes, elemento de canje en conflictos sociales importantes. La problemática de las obras sociales, de la seguridad social define todo un perfil de lo que nos pasa desde hace muchísimos años. Y ha habido ejemplos evidentes. Hace pocos días en todos los diarios, nuevamente.

Una cuestión que trasciende el mero marco de la seguridad social; una cuestión que tiene una historia desde el conjunto de la población argentina desde hace 150 años o más. Un tema que los trabajadores, a mediados del siglo pasado, lo toman como propio. Y también grupos poblacionales que sentían que el Estado

no les daba respuesta a sus necesidades, a sus emergencias. Una cosa profundamente enraizada en la historia popular argentina y que, por otra parte, le da características muy particulares.

De repente todos sentimos en este momento que está absolutamente insuficiente en su cobertura y, simultáneamente, se habla de cifras. Ayer en la mesa de la tarde se hizo evidente que las cifras que manejamos de 1985 se han duplicado. Yo -que trabajo desde hace muchos años en una obra social importante, que tiene alrededor de 500.000 afiliados- sé que los cálculos internos del dinero que maneja la seguridad social superan incluso la cifra de la que se hablaba ayer. No hay precisiones, no sabemos, pero es mucho más que 3.000 millones de dólares lo que maneja. Uno empieza a entender qué pasa con esta cuestión de la seguridad social.

De todos modos, ha sido discusión el manejo de los fondos, como si esto de por sí garantizara un cambio en la direccionalidad y se ha llegado a un punto, quizás como si hubiera dado toda una vuelta, que otros dirigentes ya mucho más cercanos a la idea original, con quienes se juntaron en la Sociedad de Socorros Mutuos, en los apoyos mutuos y en las mutuales, con un sentido solidario.

Aquellos dirigentes que no usan a esto como un factor de presión, de negociación, en esta corruptela de los factores de poder. Aquellos dirigentes representativos, aquellos trabajadores que están luchando por revertir esta situación ya no se están planteando qué hacer con manejar los fondos, sino el para qué de este manejo de los fondos. Por eso no es casual que en la mesa haya dos representantes de uno de los gremios que se está planteando para qué: ATE, y otros gremios que se están agrupando, dando una nueva perspectiva al campo sindical. Se está planteando un cuestionamiento del modelo desde sus raíces. Es como si retornáramos a las fuentes de este tema. Y lo vemos de la misma manera que en aquel momento los tipógrafos, los obreros católicos, los ferroviarios, los zapateros... Bueno, ahora otro grupo de trabajadores y de grupos sociales empiezan a tomar el manejo de su destino y a llegar a la esencia de la cuestión.

Se plantean si de esta manera, manejando los fondos, alcanzó para algo. Cómo fue que creció, de manera tan espectacular, el modelo médico con sus propias características, porque cuando uno habla -el título de esta mesa habla de privatizar este espacio- debería reconocer que los servicios están privatizados, que en todo caso se discute privatizar el manejo administrativo de los fondos, ¿no?

Y en este nuevo replantearse el para qué se está replanteando también -anoche surgió también- qué rol, qué pasa con este modelo médico, ¿qué pasa con el complejo médico industrial? Yo creo que es la única alternativa que tiene el sistema de que llegemos al fondo de la cuestión y lo demos vuelta.

En la mesa de hoy faltan algunos de los que estaban previstos en el programa, lo cual es una pena porque uno podría -estaba en el espíritu de los organiza-

dores de estas jornadas- plantearse algunas discusiones más categóricas frente al modelo. También yo creo que explica -no es la única falta en esta mesa, en otras ha ocurrido- que es muy difícil justificar lo injustificable, como se dijo ayer a la mañana. De todos modos, es un amplio abanico de un análisis muy profundo el que se va a dar aquí. Y tenemos presentes a cuatro representantes de estos espacios de análisis, investigación y propuesta.

Los voy a nombrar en el orden en que van a tomar la palabra. Primero está Diego Capurro, sentado aquí a mi izquierda, que es director de obras sociales de ATE y miembro del Consejo Directivo Nacional. Va a seguir en la exposición Susana Belmartino, no hay que hablar mucho de ella porque todos la conocen: investigadora y estudiosa del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario y columna vertebral de esa publicación pionera que son los *Cuadernos Médicos Sociales*.

Posteriormente hablará el doctor José Tagliafico, que tiene una experiencia en los ámbitos públicos de la salud muy importante en la provincia de Buenos Aires y que, actualmente, es director del ANSSAL.

Para cerrar la mesa, estará Jorge Hoffman, que es el secretario general de ATE de la provincia de Santa Fe, e impulsor junto con los otros compañeros de Santa Fe de un debate muy rico actualmente sobre esta problemática.

Entonces, le dejo la palabra a Diego Capurro.

Diego Capurro: Gracias; buenos días. Primero quisiera decir, retomando lo que decía Horacio, que en realidad el título está equivocado. Francamente, el sistema tiene un alto nivel de privatización. Esto es importante remarcarlo y tenerlo en cuenta. En realidad, lo que se pretende es terminar de destruir lo que le pueda quedar de solidario y universal a estos sistemas colectivos de financiamiento y cobertura de la salud.

Yo quisiera hablar muy brevemente de dos o tres cuestiones. En primer lugar, una síntesis de cuáles son las razones centrales de lo que, a nuestro criterio, está presente y va agravando la crisis del sistema de las obras sociales o de la seguridad social. Y, en segundo lugar, mencionar -proponiendo para el debate y la discusión- cuáles son, yo diría, las tres propuestas que tienen dominio público y que tienden, presuntamente, a resolver la situación o que dicen que pretenden o que van a resolver la situación.

Me parece importante que analicemos la crisis del sistema ordenándola en dos o tres columnas, lo que yo llamaría modelos. Nosotros creemos que esta crisis del sistema arranca desde hace un tiempo ya, varios años, por el lado de lo económico-financiero. A medida que va cayendo el ingreso de los trabajadores, históricamente viene cayendo el ingreso de los trabajadores, independientemente de que en una muy breve etapa de la historia económica haya habido una deten-

ción, pero el análisis de la evolución histórica demuestra que la caída salarial y el poder adquisitivo de los trabajadores ha venido descendiendo en forma casi ininterrumpida, lo que significa que los gobiernos, frente a esta crisis de financiamiento relacionada a la caída del salario, hayan tenido que ir progresivamente aumentando los aportes, el porcentaje del salario aportado por los trabajadores.

El segundo punto que yo creo que es importante mencionar -y que ya vamos a ver que ninguna de las propuestas que están en danza menciona esta cuestión- es el otro gran problema del campo de los trabajadores y del salario, que son los sectores asalariados que hoy no están dentro de los sistemas de cobertura de la seguridad social y aportes previsionales, que es todo aquello que denominaríamos el empleo precario -digamos así- y que no sólo se mantiene sino que, además, este actual gobierno ha sacado una ley nacional que lo precariza dentro del marco de la legalidad, lo que significa que hay cada vez una cantidad creciente de trabajadores que no tienen relación de dependencia y que, si la tienen, por esta ley no hacen sus aportes.

Entonces, hay dos o tres factores que se vienen presentando, se vienen manteniendo y agravando en algunos casos, que hacen que lo que yo llamaría el modelo de financiamiento de estos sistemas solidarios de cobertura de salud tengan un nivel de compromiso, un pronóstico bastante cuestionable. Este punto -según yo recuerdo de mi lectura de las propuestas en danza, ya veremos cuáles son después de esta introducción- que ninguno habla de esto, todo el mundo da por sentado que esto es un tema intratable o inmodificable.

La segunda cuestión que yo creo que debería ser tenida en cuenta muy frecuentemente, para analizar la problemática y la crisis de las obras sociales, es lo que yo denominaría el modelo de gestión de las obras sociales, porque es bueno recordar -y esto lo decimos desde la perspectiva de una organización representativa de trabajadores y de trabajadores de la salud en particular-

Sería bueno recordar que todo este sistema en realidad desde -yo diría- casi su existencia o unos años después de que se conforma como un sistema más o menos organizado, ha sido empleado permanentemente como un botín de guerra político, incluso como prenda de pago de aquellos sectores políticos -o de interés político-, de interés económico que estaban próximos, o incluso incluidos, dentro de los gobiernos de manera tal que jamás en las acciones políticas, en el campo de lo sanitario, emprendidas por la seguridad social, o estimulado y propuesto desde los organismos que deben generar política para este sistema, nunca la prioridad ha sido la salud de los trabajadores o, por lo menos, no ha sido una alta o una primera prioridad. Generalmente fue utilizada como lo que, decíamos antes, para pagar favores o para responder a compromisos políticos.

Yo creo que este es un tema importante, que no es anecdótico, fundamentalmente para tratar de desmenuzar un poco esta maraña, esta enorme confusión

que se pretende plantear sobre las obras sociales y su crisis, porque creo que ayuda a buscar responsables, si uno continúa esta propuesta, esta idea que yo planteo, creo que termina haciendo un listado de nombres y apellidos.

El otro tema dentro de este capítulo del modelo de gestión que nos parece -y creo que es otro nivel del problema, pero que estaría dentro de lo que yo denomino el problema de la gestión- es la cuestión de la corrupción, independientemente de quien ha utilizado este sistema, su origen partidario, su origen político o su identificación sindical, porque creo que una parte del movimiento obrero es también responsable de la profunda crisis que vive este sistema. Porque ellos han conducido una parte importante de este sistema y del gasto que afectó a este sistema.

Todos sabemos -creo que no digo nada nuevo- que la cuestión de la corrupción es, dentro de la gestión del modelo de la seguridad social, un elemento, una moneda corriente. No hay negocio, no hay contratación, no hay reemplazo de prestadores, no hay mantenimiento de un negocio como prestador de la seguridad social si no hay un 5, 10 ó 20%, o el porcentaje que haga falta, como para que el servicio parezca que se brinda más allá de su calidad y de que se mantenga esta situación.

Esto creo que también es una cuestión altamente significativa, esto tiene que ver por el hecho que -yo diría-, mejor dicho está explicado por el hecho de que este sistema, la conducción de este sistema siempre ha sido bastante antidemocrática, por lo menos en los últimos 25 ó 30 años. Un componente de autoritarismo muy grande y, por supuesto, absolutamente ningún control o participación social en la conducción y administración de las organizaciones. O fueron -y todavía lo son- el gobierno nacional o los gobiernos provinciales los que manejan sus propias obras sociales, o bien se le entrega una parte del sistema a aquel sector -como decía- político o sindical, que es francamente oficialista.

No hay ninguna posibilidad de la participación de los trabajadores o de los beneficiarios en general en los organismos de conducción y mucho menos de contralor. Entonces, creo que dentro de la gestión estos son elementos que tienen una significación muy especial. Públicamente sale en el diario ACERSA, el PAMI, pero bueno, esto está a la orden del día.

La última columna, la última propuesta, la última idea para el análisis es lo que yo denominaría el modelo prestador. Creo que este es el que da para hablar más extenso.

Yo -a modo de resumen- lo caracterizaría como un modelo, -yo diría- cautivo del sector privado, por eso yo coincidía con Horacio Barri en que la privatización tiene muchos años en la Argentina, por lo menos de las prestaciones, hoy por hoy, a raíz de todo el deterioro del sector público, primero como fiscalizador y organizador político del sistema sanitario y, simultáneamente, en su doble -o lo que debería ser su doble rol- de efector o de prestador referencial -a nuestro jui-

cio debería ser prestador referencial-, a raíz del abandono del Estado de este doble rol en el campo sanitario.

Esto ha hecho que la casi totalidad de las obras sociales -y yo diría que casi la mayoría de sus prestaciones asistenciales- hoy no tengan una gran alternativa. Son hechas, son pagadas, son gastadas -digamos así- en el sector privado. Esto lo muestra también la proporción del gasto en salud en las publicaciones que manejamos habitualmente. Entonces, creo que hay un nivel de cautiverio, de prisión dentro del sector privado.

La segunda cuestión, el segundo enfoque que yo haría sobre el modelo prestador, es la naturaleza de estas prestaciones. Todos sabemos que el sector privado -principal efector, decimos, de la seguridad social- no efectúa nada más que acciones sanitarias referidas a lo curativo y reparativo. No hay estrategias, por supuesto no las hay de parte de los prestadores, pero tampoco hay -en líneas generales y en la casi totalidad de las instituciones- estrategias de atención de la salud colectiva que le den a la atención médica la proporción que debe tener en una estrategia de atención de la salud, que -digamos- transite por ejes más integrales y no sólo médico-asistenciales. Creemos que ésta es una característica, muy seria -digamos así- del modelo prestador.

La otra caracterización que yo haría es que este modelo prestador, como gira alrededor de la prestación médica y de lo reparativo, el modelo yo diría que hace hincapié, privilegia, el empleo abusivo, inadecuado de la tecnología, que se acrecienta día a día, semana a semana. Y esto hace que por ahí se vea deteriorado el componente humano y el componente profesional o humano en general de la atención de la salud.

Y el último punto -esto lo digo a modo de síntesis- para que lo discutamos son los mecanismos de contratación y pago que emplea la seguridad social, que creo son la síntesis más representativa de la perversidad de este modelo prestador que, fundamentalmente, yo lo resumiría en dos modalidades principales. Una es el famoso Nomenclador Nacional, que es una herramienta que ejecuta el pago por prestación. Cuanto más te hago, más te cobro. Esta es -digamos- una gran corriente de contratación y pago.

El otro es el tema de la cápita, que corre o estimula las acciones de atención sanitaria en una dirección absolutamente opuesta: como cobro una suma fija -que es la famosa cápita del PAMI, hoy en vía de generalizarse- cuanto menos presto, cuanto menos hago, mantengo o acrecienta los beneficios económicos. Estas son dos de las más comunes, después hay módulos, en fin, hay todas las variantes y combinaciones que ustedes quieran, pero que en realidad... Bueno, creo que han sido instrumento de una gran envergadura para ejecutar este modelo prestador, para transformar en plata y generar que este modelo prestador genere y mantenga rentabilidad.

Yo planteo estas tres columnas, estos tres modelos de financiamiento de gestión y de modelo prestador simplemente como un esquema, para tratar de ver las razones de la crisis, los caminos posibles. Porque, frente a esta crisis que vivimos -y que yo creo que es muy seria- las propuestas, como decía inicialmente, que se están planteando para la discusión pública o que salen en los medios masivos de comunicación en realidad dan por sentadas muchas cuestiones, sesgan, evitan el análisis de todos los componentes de la crisis y le dan jerarquía solamente a aquellos que a ellos les interesan.

En materia de propuestas que están circulando, que están siendo discutidas, ustedes saben que hizo la consultora FIEL -que es una consultora que agrupa una cantidad de entidades y empresas comerciales y financieras muy importantes de la Argentina- en la convención anual de bancos hace no mucho tiempo una propuesta para el campo de la previsión social y el campo de las obras sociales, de la seguridad social. A modo de esquema, les recuerdo que esa propuesta de FIEL planteaba básicamente tres sistemas de atención médica claramente diferenciados y estratificados. Uno era para el sector sin recursos, sin capacidad contributiva regular, sin relación de dependencia si tuviera trabajo, a quien sumaba los jubilados. Hacía responsable de la atención de la salud de estos dos sectores al Estado, Estado nacional, provincial o municipal.

Había un segundo nivel de prestaciones que era el actual sistema de las obras sociales, que pretendían en primer lugar que se rompiera la filiación obligatoria y que los fondos de los trabajadores fueran administrados por instituciones de financiamiento similares a las administradoras de fondos de pensión que manejan el sistema previsional en Chile. Si mal no recuerdo, creo que lo llamaban igual también, me parece.

En este componente del sistema propuesto por FIEL, que sería la salud de los trabajadores en relación de dependencia -porque el primero que mencioné sería el sistema de salud de los carenciados, como ellos lo llaman- uno de los objetivos principales -y que está expresado en el trabajo de ellos- era reducir -entre otras cosas- de esta forma, existiendo instituciones privadas que manejaban los fondos, ellos conseguían lo que era su principal objetivo económico, que era generar un mercado de capitales para la inversión o lo que fuera con la plata de los trabajadores. No están dispuestos a ponerla ellos e inventan mecanismos para que estos miles de millones de dólares que los trabajadores ponen y hacen circular anualmente para atención de la salud, estas instituciones generan, arman, un mercado de capital.

Y el segundo objetivo de este componente del modelo de FIEL era bajar el costo laboral, porque del tres, y en algunos casos cuatro o cinco por ciento que aporta al trabajador de su bolsillo más el seis por ciento que fija la ley, esto se bajaba a menos de la mitad.

Y después proponían un tercer componente, que era el componente del sector privado-privado -digamos así- que esto ya existe. Esta era una de las propuestas. Las argumentaciones eran muy variadas, en primer lugar yo debo decir que manejan información, hay una publicación muy gruesa con información del ANSSAL, que no era por lo menos en ese momento completamente confiable, que era antigua y que además -vuelvo a decir- era peligrosamente sesgada. Ellos llegaban a la conclusión de que el sistema de financiamiento de la seguridad social, funcionaba con un promedio de déficit del 14 ó 15%. Creo que eso tampoco es verdad; además, digamos, como argumento económico y comercial principal decían que la libre competencia iba a hacer que la gente naturalmente seleccionara a los mejores y más serios prestadores. Esto es un poco lo que propone FIEL.

Luego está el proyecto -que hoy está en discusión pública y política- del gobierno nacional, que a nuestro juicio responde a intereses sectoriales económicos claramente definidos, que son las entidades de medicina privada prepaga; tal es así que algunos de los más conspicuos representantes de esta actividad son los que han impulsado este proyecto desde la función pública.

Este proyecto también tiene más de 70 artículos, les intento sintetizar lo que yo creo es más grave y peligroso. En primer lugar, establece como mecanismo de financiamiento la cápita, hablan de alrededor de 20 ó 22 dólares más allá de lo que para esto alcance, quién lo administre. Esto solo ya merecería todo un debate en este país donde la información no siempre es buena, no siempre es confiable. Ya este solo dato merecería un gran debate nacional, pero no sabemos con qué mecanismo porque no está expresado ni en los fundamentos ni en las conversaciones que se han tenido, que se han escuchado por allí de alguno de los responsables: no responde a un cálculo demasiado serio.

Ellos lo que plantean es que estos 22 dólares o 22 pesos que se irían a gastar en cada beneficiario, surgen de dividir la recaudación total de las obras sociales por la cantidad de beneficiarios. Por estos 22 dólares se establece un programa de atención médica básica que, además, también de entrada uno puede asegurar que de cumplirse tal cual está expresado en un anexo de la ley -que es extensísima- no es posible pagarlo con estos 22 dólares por beneficiario.

Otro elemento, el segundo elemento que propone es la libre afiliación de los beneficiarios del sistema, de manera tal que rompe la obligatoriedad que hoy existe por ley nacional de aportar a la obra social en relación con la dependencia laboral, con el trabajo que uno tiene. Y determina que después de un período inicial -creo que de nueve meses, no recuerdo bien- los afiliados de las obras sociales pueden optar entre seguir en aquella que es su obra social de origen o anotarse en cualquier otra que les parezca buena.

Incorpora dentro de las opciones en materia de prestaciones, permite que se

incorporen a las instituciones privadas, a las entidades privadas, es decir, a los intermediarios privados de atención de la salud. De manera que esta opción que yo venía explicando significa que uno podría optar por cualquier obra social o pasarse de una obra social a una entidad de medicina privada prepaga.

(...) Hay una tercera -yo no sé si llamarla propuesta- yo diría un tercer andari-vel de discusión sobre qué va a pasar con las obras sociales, que es el ANSSAL. En realidad, cuando uno dice el ANSSAL debe recordar que está hablando de una especie de espejo, una especie de caja, donde se entrecruzan intereses también de sectores, donde hay representantes del gobierno nacional, de algunas provincias argentinas, pero hay allí también seguramente -estoy convencido que lo hay, no digo seguramente- están allí reflejados intereses de los prestadores, los actuales, los históricos prestadores privados de los organismos de la seguridad social y, fundamentalmente, están fuertemente presentes los intereses de un sector muy importante del movimiento obrero -política, económicamente-, que es el sector oficialista -la actual CGT- que expresa sus necesidades, sus intereses en materia de seguridad social en esto que es una caja de resonancia: el ANSSAL, que hoy tal vez resuene menos fuerte pero que tiene una larga historia de presencia y de decisión política en materia de políticas sanitarias y manejo de los fondos.

Yo decía -no sé si hay una propuesta escrita- sé que hubo dos congresos donde se trató muy a fondo este tema: uno en Mar del Plata el año pasado y otro -creo que fue acá en Parque Norte-. Y de ambos congresos salieron unos documentos, yo recuerdo haber leído uno en que, bajo el nombre de Ramón Carrillo, se hace una serie -yo diría- de consideraciones, sugerencias o reflexiones sobre los problemas de la seguridad social, pero que creo sinceramente no llegan a enhebrar ni siquiera mínima o básicamente -a mi juicio y con todo respeto por quienes participaron y lo escribieron- una propuesta seria, sostenible. En todo caso es un cúmulo de ideas de las cuales alguna comparto, solamente yo me atendería a analizar la posición del ANSSAL en materia de la seguridad social, sobre todo de esta última etapa en que se discuten todas las propuestas, viendo lo que escriben y viendo lo que hacen en forma concreta.

Y hasta donde yo conozco y recuerdo las resoluciones del ANSSAL, hay una famosa que no tengo presente el número -pido disculpas- donde establece mecanismos de ajuste en las mismas instituciones de la seguridad social; plantean un mecanismo estrictamente contable: hay que cerrar las cuentas de las obras sociales, que son altamente deficitarias, algunas de ellas bajando el nivel de prestaciones, agregando coseguros -es decir pagos por parte de los trabajadores- y además haciendo reducción de la planta de los trabajadores, que la verdad es que algunas son muy numerosas. Es decir, yo no veo que en los últimos años -pero me refiero a los últimos tres particularmente- haya ni una propuesta a través del organis-

mo del Estado nacional que debería estar discutiendo esta cosa y proponiendo soluciones concretas, sino que veo es una política de ajuste intrainstituciones muy similar a la que vemos en el Estado nacional a través de la política del Ministerio de Economía, etc., etc.

Y bueno, esto es nada más que para que lo discutamos, muchas gracias. (*Aplausos*).

Susana Belmartino: Yo voy a pedir disculpas por empezar mi exposición planteando dos cuestiones personales, no una. Me siento en libertad de hacerlo porque creo que estamos entre amigos.

La primera cuestión personal es rectificar un poco la tan generosa presentación que hizo Horacio cuando me adjudicó la responsabilidad de llevar adelante los *Cuadernos Médicos Sociales*. Es algo que indudablemente Horacio no tiene por qué conocer, porque pertenece a la división interna del CESS. Pero de la misma manera que hay una relativa unidad de criterio, de pensamiento, de métodos dentro del CESS, hay una muy clara división del trabajo y entonces tengo que decir que ese relativo éxito en la difusión de ideas y relativo fracaso editorial que es *Cuadernos* se debe fundamentalmente -yo diría exclusivamente- al esfuerzo, a la inteligencia, a la capacidad de organización, a la capacidad de reflexión de su director.

La otra cuestión personal que yo quería señalar aquí tiene que ver con mi presencia en esta mesa. Yo siento una relativa incomodidad al tener que hablar en esta mesa, en este congreso. Tengo un poco la sensación de que estoy en la mesa equivocada y en el congreso equivocado, simplemente porque escucho propuestas muy claras -para mi gusto excesivamente lineales- y tengo la impresión de no tener una propuesta, de no tener qué decir.

Pienso por qué a mí, que de lo único que puedo hablar con alguna seguridad es de algunos trozos muy particulares de la historia argentina. Vengo acá y acepto hacer futurología y hablar del futuro del sistema de salud. Quiero aclarar que lo acepté sólo por respeto a este grupo de jóvenes, a quienes valoro muchísimo, que organizan estas jornadas y que nos convocan todos los años acá. Si no, tal vez hubiera preferido cortar mi participación.

¿Por qué me siento incómoda? Bueno, por lo que decía, porque hace dos días que estoy escuchando reflexionar sobre este tema del modelo neoliberal del futuro de Argentina, de los problemas de salud, de la gente que demanda respuestas y escucho solamente argumentos que yo calificaría como excesivamente lineales. A mí alguien alguna vez me dijo que para analizar un área del sistema social había que problematizarlo, y yo creo que lo que no hacemos acá es problematizar qué pasa con el sistema de salud, qué pasa con el sistema político argentino, qué pasa con el Estado en Argentina.

Creo que ése sería el camino; yo lo siento como una necesidad pero, tal vez, yo no sea la persona más indicada para hacerme cargo de ese tema. ¿Qué quiero decir con problematizar esta cuestión? Esta mesa tiene por título "...camino a la privatización" y, por lo que hemos escuchado todos estos días -que yo también comparto- es indudable que vamos hacia una profundización de esta privatización que, como se ha señalado acá, es preexistente, y tal vez a una mayor mercantilización y una mayor incorporación del espíritu de lucro en este sistema privatizado.

Pero, para saber cómo podemos transitar este camino, primero tenemos que contar con un análisis de los instrumentos que tenemos para caminar por este camino. Si tenemos que hacernos cargo del problema de la posible privatización del sistema de salud, lo primero que tendríamos que hacer es ver con qué instrumento contamos para que esa privatización no nos desborde, no desborde nuestros valores, nuestros intereses, nuestras expectativas. Y entonces, creo yo, que lo primero que hay que hacer es detenerse a analizar ese antagonismo, esa polarización de la discusión en torno al sistema.

Tenemos, de un lado, una enorme cantidad de información, de reflexión, de propuestas, que nos hablan de solidaridad. Y, por el otro lado, una semejante avalancha de ideas que nos hablan de mercado. Y entonces, lo primero que tenemos que hacer -creo yo- es pensar si realmente éste es un sistema solidario y, sobre todo, si los argentinos estamos en condiciones de construir un sistema solidario, de reforzar la solidaridad que este sistema presuntamente tiene.

Yo creo -y creo que todos lo sabemos- que éste no es un sistema solidario. Hace ya cerca de 20 años que se habla de solidaridad invertida; hace cerca de 25 que se habla de obras sociales ricas y pobres, y a lo largo de ese cuarto de siglo ha habido serios intentos de transformar ese sistema escasamente solidario en uno más equitativo. Y yo creo que todos fracasaron. El fracaso más evidente en estos términos es el fracaso del fondo de redistribución. No es una anécdota de los últimos tres años el problema del fondo de redistribución y el ANSSAL. Es algo que viene de mucho más atrás.

Nosotros hicimos en el año 1985 un análisis de los subsidios que había otorgado el fondo de redistribución y vimos que realmente el fondo de redistribución funcionaba simplemente como una herramienta política y que, nuevamente, eran los sindicatos más poderosos o con mayor presencia en el Estado, los que se apropiaban de esos recursos. Entonces, tenemos un sistema que no es solidario y tenemos la necesidad de que esa solidaridad esté reforzada, esté promocionada por algún organismo dentro de ese enorme aparato que llamamos Estado y vemos que ese organismo fracasa, ese organismo a lo largo de los años fracasa.

Del otro lado tenemos la idea de mercado, la idea de la libre elección del consumidor, la idea de la capacidad del consumidor para decidir cuál es el mejor

sistema de servicios, cuál es aquella organización que le da mayores posibilidades de cobertura de salud. También aquí sabemos mucho sobre esto, también se ha escrito mucho sobre esto, sobre la posibilidad que tiene el consumidor -especialmente el consumidor de servicios de atención médica- de discernir quién le va a dar la mejor respuesta a su necesidad. Y sabemos que es muy difícil.

Hay una extensa literatura que nos muestra que es muy inespecífico lo que pide el consumidor de atención médica. Pide algo tan inespecífico como un proceso de atención. Esa inespecificidad hace que sea muy difícil para él informarse acerca de cuál es el mejor proveedor para aquel servicio, aquel bien que él necesita. Y de todas maneras, la elección se circunscribe a la primera consulta; terminada la primera consulta ya entra en una especie de cadena muy relacionada con el modelo médico, con la incorporación de tecnología, con las coparticipaciones de honorarios, etc., etc. Todo eso que nosotros sabemos.

Y una vez que terminó ese proceso, aunque se haya curado, no tiene manera de evaluar si en otro lugar, con otro efector, le hubiera ido mejor. La calidad de la atención médica solamente se puede evaluar a nivel de la estadística, a nivel de los grandes números. Y esos grandes números siempre están ajenos a la capacidad de información del consumidor.

Entonces, nuevamente, para que este sistema de mercado, para que este sistema de libre elección del consumidor funcione, nuevamente necesitamos el organismo regulador, el organismo de control, nuevamente necesitamos al Estado. ¿Y qué nos pasa? ¿Tenemos realmente un Estado que toma a su cargo, un Estado que se hace cargo del problema de salud? Esa es la pregunta. ¿Tenemos un Estado que toma con la misma seriedad el sistema de obras sociales que la ley de convertibilidad? Creo que por ahí pasan nuestros problemas, creo que nos enfrentamos a un Estado que seguramente, no por casualidad, en estos últimos días, por quinta vez en los últimos 20 años ha entregado su decisión de regular el sistema de obras sociales en función de algún acuerdo no muy claro con el poder sindical. Creo que ése es el Estado que tenemos.

Y en ese Estado no podemos confiar, ni para fortalecer un sistema solidario, ni para instaurar un sistema de mercado. Creo que esta es la encrucijada en la que nos debatimos los argentinos en este momento, y esa es la base del pesimismo mío, de la inseguridad mía, de la insatisfacción de la que les hablaba al principio.

Hace unos días leí un trabajo en el que se citaba a un economista brasileño, que hacía una formulación -para mí- muy ingeniosa respecto a cómo está viendo la gran burguesía al Estado en nuestros países. Y esta persona decía: "la gran burguesía se planta frente al Estado como Dorian Gray frente a su retrato". Y lo mira con el mismo odio con que Dorian Gray miraba a su retrato, sin darse cuenta que las deformaciones de ese rostro que el retrato muestra son las deformacio-

nes que él mismo provocó.

A mí me pareció brillante, pero me pareció que era necesario reflexionar un poco más, y sobre todo pensar qué está dispuesta a hacer la burguesía con el retrato de Dorian Gray. No creo que esté dispuesta a destruirlo, creo que simplemente quiere que alguien venga y lo pinte de nuevo o lo retoque, o le retire los rasgos más horrorosos. Pero también tenemos que pensar qué está dispuesta a hacer el resto de la sociedad argentina frente a ese retrato, y eso es lo que a mí me preocupa. Es decir, qué están dispuestas a hacer las fuerzas corporativas que han tenido el control del sistema de salud en estos 20 años. ¿Cuál es la actitud de estas fuerzas frente al Estado?

Creo yo que siguen pensando que el Estado es el proveedor de sus prebendas. Creo que siguen pensando que el Estado es aquél que va a reforzar sus privilegios. Este episodio que acabo de citar de la vinculación de la CGT con el gobierno es una clara prueba de ello: nadie cuestiona al Estado, y si lo cuestionamos, al mismo tiempo, le estamos pidiendo que cambie sin tener en cuenta que el Estado no es más que un reflejo de la sociedad, de las organizaciones que esa sociedad construye, del sistema político que armamos para vincularnos con el aparato estatal.

Creo que ahí está un poco el nudo del asunto. ¿Somos capaces de modificar al Estado; esta sociedad es una sociedad con capacidad de desarrollar sus vínculos solidarios? Yo creo que no, yo creo que esta sociedad está cada vez más fragmentada, más balcanizada. Creo que la crisis y la desesperación frente a la crisis nos ha atomizado a niveles increíbles y creo que una parte -la parte tal vez más dañina- de esta fragmentación y de esta atomización es que cada uno de nosotros se cierra en su propio grupo y sólo es capaz de formular demandas corporativas.

Y a partir de esas demandas corporativas nos estamos apropiando -no siempre legítimamente- de algunos espacios muy particulares de ese sector que, con excesiva liviandad, acostumbramos a llamar público. ¿Existe un espacio público en este país, existe algún espacio donde todos los ciudadanos tengamos el mismo derecho a acceder y a utilizar sus bienes y servicios conforme a algún tipo de norma que aceptamos entre todos? Yo creo que cada vez menos.

El Hospital Posadas, del que hablábamos ayer, ¿es un lugar público? Esa es la pregunta que tenemos que hacer. ¿Los sindicatos son lugares públicos? Cuando en el año 1986 o en el año 1985 se intentó volver más solidario el sistema de obras sociales y el gobierno propuso traspasar al fondo de redistribución el 60% de los recursos de distinta naturaleza, ¿cuál fue la actitud de los sindicatos? ¿Tuvieron realmente la actitud solidaria de decir sí, esa es la manera de hacer más justo el sistema, ésa es la manera de eliminar esta contradicción entre obras sociales ricas y obras sociales pobres? ¿Esa fue la respuesta?

No, la respuesta de la sociedad argentina -que creo yo es una respuesta legíti-

ma en términos de la crisis que vivimos- es aferrarse a los privilegios y convertir derechos sociales en patrimonio de determinadas organizaciones que todavía conservan la capacidad de defenderlo. Y eso, la apropiación, la patrimonialización de derechos sociales como es el derecho a la salud, es lo que está minando nuestra capacidad de construir un espacio público solidario, en el que todos tengamos los mismos derechos y a los que todos tengamos la misma capacidad de acceso.

Y lo peor que nos pasa es que seguimos pensando que esa solidaridad la tiene que construir alguna entelequía ubicada en el nivel central y llamado ANSSAL, Ministerio de Salud o lo que sea... Cámara de Diputados... Ayer tuvimos acá un ejemplo muy evidente de que también la Cámara de Diputados está privatizada: uno de sus miembros reconoció que sufren la presión de los lobbys y pidió -yo creo que con algún nivel de ingenuidad- la presencia pública de los técnicos para contrarrestar la presencia del lobby. Todo esto, ¿qué significa? Que somos incapaces de construir un auténtico espacio de democracia pública y que somos incapaces de cambiar esa imagen del Estado, que todos vemos con horror en el retrato de Dorian Gray. Y todo esto nos lleva -a mí, que no tengo respuesta para todo esto, que no tengo ninguna propuesta para formalizar ante ustedes- a pensar si no tendremos que cambiar la dimensión del problema y tratar de ver si en espacios más reducidos, más cercanos a nuestra capacidad de control y decisión, podemos -empezar muy lentamente a cambiar las cosas. Muchas gracias. (*Aplausos*).

José Tagliafico: Bueno, en realidad un poco después de escuchar a los anteriores compañeros que me antecedieron, estoy tratando de ubicar las referencias que les quiero transmitir brevemente para poder enriquecerme con la participación de ustedes.

¿Bajo qué carácter voy a hacer mis aportes o mis reflexiones, muy sinceras y humildes?. Creo que las voy a hacer, simple y orgullosamente, como un argentino. Voy a tratar de despojarme -en lo posible- de mi condición de egresado de esta facultad -hace 25 años-, voy a tratar de despojarme también de mi militancia de 30 años en un movimiento político y no me voy a tratar de desprender -en lo posible- de algo que es tan difícil que podamos mantener, no sólo los argentinos sino que me parece que todos los humanos en este planeta, que es algo de coherencia.

Yo estoy en el ANSSAL y toda mi vida, lo único que hice, fue tratar de hacer una medicina que considero que es la única que existe; la otra -para mí- no es medicina: así de claro. La medicina es la pública, que es la que, me parece, nos llevó a estudiar esta profesión a algunos, por haberla visto en la vida -en caso mío- de mi padre, médico de los pobres, el único título con orgullo que puede lucirme hoy, después de haberlo perdido hace un año. Y recibido hace 25 años,

¿qué medicina iba a hacer sabiendo que la profesión que él había abrazado no la podía desarrollar en plenitud por las dificultades económicas para poder hacerlo con los que no tenían, y los recursos -a veces- casi siempre aparecían para aquellos que tenían?

Así de simple como es la vida, el problema de la pobreza, que para mí no surge nuevamente en el mundo: surge en el país una pobreza que habríamos podido llegar a atemperar un poco hace muchos años, cuando se los privilegió. No a los microbios, a los virus, a las bacterias -que son efectos de las causas- sino que se privilegió a las causas, se privilegió a la pobreza, al infortunio, a la desdicha, a la marginación. Y, en base a privilegiar eso, se elaboró algo que no existía: un ministerio para atender eso, porque tampoco había ministerio en nuestro país hace muchos años. Y en base a eso se elaboró un proyecto de salud, por supuesto. ¿Desde dónde? Desde el Estado, y era un proyecto de salud pública, cosa que hoy -en algunos ministerios y en algunas provincias- ya no es salud pública, es salud, porque en los últimos 30 años se fueron incorporando aditamentos para diversificar el concepto básico.

El concepto básico es el deber indelegable que tiene el Estado para la salud. Yo no me imagino privatizada la justicia, no me imagino privatizadas algunas áreas que sabemos también se piensan privatizar: la seguridad, la defensa del país, no me las imagino. Y existe la privatización de la medicina desde hace unos cuantos años, es decir, todos los modelos en la Argentina los hemos vivido. Pienso que no era tan difícil para Ramón Carrillo, allá por 1946, siendo el primer ministro de salud -porque no había ministerio, como dije hoy- elaborar un proyecto, llevar de 70.000 a 140.000 camas en seis años -tiempo récord en el mundo- la capacidad instalada. Lo difícil fue -y es hoy- mantener esa capacidad instalada, no digo incrementarla porque no se incrementó para nada: se deterioró, se disminuyó. No hay sueldo para el personal, hay que levantar las camas; no se puede pagar una enfermera, entonces los profesionales están, pero las camas no se pueden ocupar porque no hay personal auxiliar.

Esta tarea de demolición la vivimos todos. Yo, desde que tengo uso de razón, lamentablemente desde mi niñez en adelante, viví la demolición del hospital público. No la demolición de una cáscara del que iba a ser el mejor hospital de pediatría de Latinoamérica -y que algunos se alegraron cuando se derrumbó por la detonación-. Es decir, hemos tenido recursos; tenemos recursos humanos: 82.000 profesionales médicos, 50.000 psicólogos, lamentablemente 30.000 enfermeras.

¿Y por qué no 100.000 enfermeras? ¿Por qué no alentar la salud pública, por qué no alentar la salud y no seguir con los sistemas que viven de la enfermedad? Pago por prestación: ya no sirve, se robó todo con el pago por prestación. Entonces, ahora viene la panacea de la cápita, la cápita con su subprestación lógica. Pasaremos de las tres tomografías por semana a la palmoterapia, lo cual no es

malo, porque -a lo mejor- había alguna incursión, de algún invasor, por algún método no tan cruento pero con algunos problemas (...). (...)¿qué puedo hacer yo desde el ANSSAL pensando así? Casi estoy de más ahí, me parece que se equivocaron al ponerme.

No puedo estar diciendo esto acá y allá no hacer nada de lo que digo acá, también yo me lo planteo. Cada día que me levanto es bastante difícil empezarlo.

Yo escuchaba recién a la doctora Belmartino. Es que esta democracia, ¿ya cuántos años lleva? Casi diez, pero qué poco protagonismo que tenemos. Qué poca posibilidad de abarcar los medios de información y decir todo esto del hospital público, que no lo escuchamos en ningún lado. Toda la accidentología pasa por el hospital público gracias a Dios.

La cantidad de niños que nacen en el hospital público. A veces sin un control de embarazo, muchos con uno solo. Después salimos corriendo a pedir que hay que crear servicios de neonatología. Lógico, pero con uno o dos controles del embarazo habría menos necesidad de los servicios, que son mucho más caros. Sale dos pesos el control de un embarazo, pero eso es mano de obra intensiva, eso es pagarle al trabajador de la salud. Que no es necesario, a veces, que sea un médico, puede ser un técnico, puede ser un trabajador sanitario. Puede ser un militante social, un hombre todavía impregnado de humanismo, en este planeta donde todos creemos como única herramienta de terapéutica, básica para cualquier tratamiento, el afecto, el amor. Si no, morimos conectados a los aparatitos, pero sin una mano que nos permita transitar el camino final humanamente, porque también eso fue fruto de estos 30 años de aparatología. Ni la muerte tranquila con un familiar o con la mano de un ser querido.

¿Qué es lo que yo pretendo diciendo esto? Pienso que no incorporo nada nuevo, es un poco lo que todos sabemos, vivimos, y que a veces resignadamente vamos aceptando y nos dejamos permanentemente ametrallar en los medios de comunicación por otros enfoques, otras defensas. Yo, hablando de la eficiencia que debe tener un sistema de salud, hablando con técnicos que están impregnados y muy entusiasmados con los modelos económicos en boga hoy en el mundo, y en América, por supuesto, les hablaba del concepto económico que tenía Carrillo de la recuperación de la salud, de lo que significaba haber combatido la malaria, la lucha contra la tuberculosis, enfermedades venéreas, la recuperación de argentinos a la faz productiva y lo que le ha significado al país eso. No solamente lo ético y moral, que es rehabilitar y recuperar la salud de un hermano y que es lo primero que debe hacer el Estado. Si hace treinta años que escuchamos: "Prioridad, salud y educación. Prioridad, salud y educación". Bueno, veamos después cómo está la maternidad de un hospital público en una ciudad importante, en un pueblito rural, porque se supone que eso debe ser lo mejor. Debe tener aire acondicionado, limpieza, y nos íbamos a encontrar cómo hemos vivido todos, que lo

mejor era la sucursal bancaria donde estaba toda la aparatología para la comodidad.

Pero eso lo hemos permitido, de alguna manera, no porque hemos querido. Porque hubo muchos años donde decir "esto era imposible", donde cuestionar el sistema no sólo no era permitido sino que significaba perder la seguridad y la vida. Pero de esto ya pasaron unos cuantos años, y yo a veces me pregunto ¡qué poca fuerza hemos tenido los que estamos en el campo humano, desde lo humano, desde lo social, desde lo cristiano, desde lo progresista, desde el enfoque que le quieran dar! Desde lo que no tiene que ver con el negocio, y el lucro y lo material como objetivo de vida, sino que tiene que ver un poco con el amor, con la caricia, con el afecto.

¡Qué poco que avanzamos! Hemos recuperado la democracia pero parece que con el condicionamiento de recuperar lo más importante. Yo tengo este documento, que lo tengo lleno de hojas en blanco, y tengo casi 50 años ya. Muchos años no pude elegir a nadie, pero ya hace unos cuantos años que los estamos eligiendo y elegimos, y sin embargo nos cuesta avanzar en el afianzamiento de estos conceptos básicos: la defensa de la salud, por el único camino posible, donde no está el lucro como elemento motorizador. Mercado y solidaridad, ¡ojalá fueran juntos! Público y privado, ¡ojalá fueran juntos!

La antinomia entre público y privado, la antinomia entre mercado y solidaridad ha llevado a esa confrontación que hizo que, desde hace algunos años, se destruyera lo público pensando que si lo público crece o se mantiene como corresponde, lo privado no tiene funcionamiento. Bueno, ahí está el grave problema que tenemos los argentinos. Hablamos de competitividad pero no pensamos que el Estado debe tener desarrollada, por ejemplo, la alta complejidad y que hoy, en estos momentos donde la angustia social en el país se exagera, tenemos que pensar lo que cuesta la alta complejidad, lo que cuesta todo aquello que estamos viendo cómo se moviliza en el sentimiento popular, y eso sabemos que en cualquier parte del mundo, el Estado no puede delegarlo. Porque con los montos que la alta complejidad demanda, se podrían realizar para millones de habitantes, y de madres especialmente, controles y programas maternos de infancia que generarían algo redituable en lo sanitario, superior a lo otro. Y caemos en un terreno muy difícil, que lo vivimos nosotros. Yo, estando en el ANSSAL, lo vivo. La negación de un subsidio de alta complejidad para alguien que se cree con el derecho, como corresponde, y que no está conociendo que ese recurso es de una misma bolsa, y que eso es inextensible.

Por eso, cuando hablé al principio de la coherencia, eso es lo que nos cuesta. Porque si la información es ampliada y no somos fruto de la ingenuidad, como cacuché anteriormente, podemos llegar a tener una viable estrategia alternativa para estos programas totalmente economicistas, que van a terminar, lamentable-

mente, desesperados viendo una realidad social que va a hacer crisis y, evidentemente, va a desestabilizar cualquiera de estas herramientas que no son alternativas.

Yo lo único que quiero dejar en el ánimo de ustedes, además de estas reflexiones, es un poco la convicción de que aún con todas estas dificultades hagamos como se hace en la vida: cuando uno se levanta hay muchos dolores, pero los sentimos, quiere decir que estamos vivos. Hay cosas que no nos gusta ver, pero las vemos, quiere decir que tenemos la visión todavía.

En este momento, este anfiteatro me hubiera gustado que estuviera colmado, como hablaba con Spinelli antes de entrar. Tal vez lo que necesitamos es, precisamente, tratar de ir informando y convenciendo, que es la única forma de crecimiento político de un país, que es la persuasión. Inclusive, yo le explicaba a él -hablando con algunos de los asesores económicos que ven en la panacea del éxito competitivo la solución de todos los problemas- algunas apreciaciones de este tipo que hacía Carrillo de lo que era la salud y lo que era la enfermedad. Y, por suerte, he escuchado respuestas, de buena fe, de que desconocían todo este análisis estratégico para recuperar la salud de un país. Yo pienso que ésa es nuestra tarea, multiplicarnos. Que nuestros grupos de relación estén permanentemente informados y creciendo con respecto al camino, único camino, que tiene el mejoramiento de la salud de nuestra población. Y no quiero ahondar en algo que no es paralelo, por eso hablé de política social al principio, que es toda la política social que involucra la vivienda, el control de la familia -no el control desde los planes de contralor sino el control como nivel de atención y dedicación-.

Yo tuve no sé si decir la desgracia u oportunidad, pero no fue nada grato desde lo humano, de haber estado en la provincia de Buenos Aires en el área de salud, pero también en Minoridad y Familia. Al lado del diagnóstico de salud hubiera dicho, bueno, lo otro es secundario. No!. Para aquellos que son médicos y que no han incursionado a lo mejor en el terreno concreto de las políticas de minoridad y familia, eso es un área directa, totalmente marginada y abandonada, de la misma manera que se margina, margina al SIDA porque es ver en esa realidad acumulada toda la problemática no resuelta de una sociedad, en las políticas sociales de familia que son, por lo general, un ítem pequeño en un ministerio mucho más pequeño en el presupuesto y que sí, a lo mejor, tiene una gran frecuencia de encuentros y congresos, pero con muy poco peso en las decisiones políticas.

Entonces, para cerrar, porque ya estoy excedido en el tiempo. La democracia la vamos a hacer crecer teniendo confianza en que nosotros somos los protagonistas y que los que hoy gobiernan alternativamente pueden ser cambiados y modificados, y que cualquiera de ustedes no sólo tiene el derecho sino que tiene la obligación de comprometerse, porque estos cambios trascendentes los tenemos que hacer

en el tiempo más breve posible. Nada más, muchas gracias. (*Aplausos*).

Jorge Hoffman: Abordar un tema como el de la seguridad social para los trabajadores constituye, sin duda, en la Argentina hoy, uno de los factores esenciales para redefinir las políticas globales de este país. Discutir la salud en profundidad significa, en definitiva, cuestionar el sistema mismo que hoy, y desde hace tiempo, se está instalando en la Argentina.

Esto nos lleva, este razonamiento es inevitable, si entendemos la salud como el estado de ausencia de la enfermedad y si vemos qué tenemos que hacer en esta sociedad para que los trabajadores, para que la gente no se enferme. Pero para analizar esto resulta necesario ubicar, obviamente, cuál es el contexto político, social, histórico en el que hoy debatimos la problemática de la seguridad social. Resulta imprescindible hacer un breve diagnóstico de cuál es la situación hoy de la salud en la Argentina. También resulta imprescindible para entender la trascendencia que tiene la seguridad social para los trabajadores, ver las raíces mismas de la seguridad social en la Argentina. Y tampoco podemos dejar de tener en cuenta, una vez hecho el diagnóstico, quiénes son los responsables directos, desde la perspectiva de los trabajadores, de este estado de cosas.

La seguridad social, en materia de salud, tiene sus profundas raíces en la organización de la sociedad misma. Lo señalaba Barri al comienzo, en la apertura de esta mesa, cuando recordaba los orígenes de las mutualidades que se entroncan allá en el siglo pasado, de las sociedades de socorros mutuos. En definitiva, los mecanismos que la sociedad misma se dio para suplir la inexistencia de políticas estatales de salud.

Es decir, en el terreno de la seguridad social, es la organización social, la organización civil, la que precede a la propia organización del Estado en esta materia. Pero nadie puede dudar de la gravitación fundamental, la relevancia y el empuje que tuvo este aspecto de la organización con el surgimiento del gobierno nacional y popular de 1945-1955. Nadie puede dudar de la relevancia que le dieron las organizaciones sindicales en esa instancia histórica, con el apoyo del Estado, a la problemática de la salud y de la seguridad social. Pero en un marco de políticas globales de salud que tendían a dar respuesta al conjunto de la comunidad, no sólo a los trabajadores dependientes de tal o cual sindicato, las obras sociales no hacían más que complementar una política global que estaba impulsada desde el Estado mismo. Y es acá donde se produce esta situación que con el tiempo, si hablamos de salud, no podemos dejar de lado, que es la necesaria alianza de los sectores sociales sindicalmente organizados con el Estado en las políticas de salud.

La caída del gobierno popular llevó consigo, como esto es sabido, el desmantelamiento de toda la estructura de salud instaurada en el país, en un proceso de

descentralización que poco o nada tuvo que ver con el protagonismo de la gente. Y un proceso de pérdida de poder de las organizaciones sindicales, que provocaron correlativamente un vacío en el terreno de la salud que el Estado se negaba a ocupar.

Es en este marco donde la Ley 18.610 emerge como un hito fundamental en la seguridad social de Argentina. Es en este marco donde aparece el sindicalismo argentino peleando espacios concretos para dar una respuesta que, en el terreno de la salud, no estaba dando el Estado. Pero, a poco andar, el sindicalismo argentino opta por elegir un socio que distaba mucho de ser aquel que en el período del gobierno nacional y popular le había dado a la salud en la Argentina -o la había ubicado a la salud en la Argentina- como un elemento fundamental de los derechos del hombre. Y es sabido, es pública, la actitud que tuvo el sindicalismo con el Sistema Nacional Integrado de Salud, donde se negó a concertar sus políticas con el sector público.

Si vemos hoy cuál es el Estado, cuáles son las consecuencias de esta política, podemos decir, sin temor a equivocarnos en esto, que la seguridad social argentina ya está privatizada. Hoy el 80% del gasto de salud corresponde al sector privado, sea en forma directa, sea a través de los gastos de las obras sociales, que terminaron siendo en la Argentina nada más que agentes financieros de los efectores privados. Obras sociales que, en gran parte, están en poder del Estado: todas las obras sociales de los empleados públicos provinciales, de las fuerzas armadas, de los ministerios nacionales, y obras sociales que están en poder de grandes estructuras sindicales.

Ahora bien, ¿cuáles han sido las consecuencias de estas políticas de salud, cuál es la situación hoy de la salud en la Argentina? Yo creo que no podemos omitir esta realidad donde cada tres o cuatro minutos nos enteramos en la Argentina que al cólera se lo combate nada más que con dos gotitas de lavandina. No se lo combate con el agua potable, con las cloacas, con elevar los niveles nutricionales de la población. Donde cotidianamente, todos los años, aparecen las epidemias de sarampión. Donde al mal de Chagas ya ni siquiera se lo combate. Donde, a la par de este proceso de privatización de la salud, los que menos tienen también subsidian este proceso o este sector de la salud privatizada a través del hospital público que, en función de la imposibilidad de los trabajadores de pagar los plus, o de incorporarse a los sistemas prepagos para evitar el plus, terminan yendo al hospital, aliviando las arcas de las obras sociales y, en consecuencia, de los efectores privados.

O donde el Estado termina haciéndose cargo en forma exclusiva de la poca medicina preventiva que se hace, o de la formación de recursos humanos. O donde, lo que es peor, terminamos el conjunto de los argentinos subsidiando indirectamente a esta medicina porque el sistema impositivo hace que los impuestos al

consumo, es decir lo que cotidianamente para sobrevivir necesitamos consumir, sean diez veces mayores, o más de diez veces mayores que los impuestos a la renta.

Y lo que es peor, lo que es más doloroso, es que mientras se desarrolla una exposición de 20 minutos muere un niño en la Argentina, que en el 70% de los casos se puede salvar, porque se debe a problemas de falta de nutrición, a problemas de pobreza.

Este es el marco, y más allá del calificativo de las políticas, más allá de la aditivización de las políticas, en síntesis, nos encontramos hoy con una seguridad social ya privatizada, nos encontramos con una seguridad social incapaz de darle una respuesta a los trabajadores y nos encontramos con una política global de salud que termina subsidiando a este sector para dar una pésima salud para los argentinos.

Una salud que tiene muy poco que ver, a su vez, con lo que definíamos como salud al principio, como "la ausencia de enfermedad". Una salud caracterizada por una concepción individualista, una relación de poder del médico sobre el paciente, con universidades que no forman, aparentemente a la luz de los resultados, médicos que vean al trabajador que asiste al consultorio como a un individuo que, además de tener una dolencia física, le duele fundamentalmente el alma. Médicos que no ven más allá de la relación donde le tienen que enseñar al paciente qué es lo que tiene que hacer, sin siquiera saber cuáles son sus verdaderos problemas. Y donde por ahí creo que leí algún artículo o escuché alguna charla del doctor Escudero, donde el problema de una paliza se resolvía en todo caso con un Lexotanil.

Una medicina donde poderosamente llama la atención que a los sindicalistas, por ejemplo, no les preocupe que a sus afiliados les demos -no es el caso de mi sindicato, por supuesto: no tenemos ni siquiera el manejo de las obras sociales-, o al Estado no le interesa que a nuestros hijos consuman Multin, o Tetralgil nosotros, o el Dioxadol para calmar el dolor de los niños. Muchas veces yo le he dado a mis hijos estos medicamentos, que como ustedes saben tienen Dipirona, que es una droga que está prohibida en los países del primer mundo.

Nada se ha dicho desde este sector de la seguridad social respecto a la problemática, o a la discusión que en la Argentina, por distintas causas se dio respecto a los medicamentos genéricos. Parecería ser que no es un problema de las obras sociales el problema de los medicamentos genéricos. Hoy, el 30% del mercado de nuestro país del norte, de Estados Unidos, consume medicamentos genéricos, el 20% en Alemania. Acá yo no he visto una sola declaración por parte de los sectores vinculados a la seguridad social respecto a este tema. En un marco de un país, creo que acá se ha dicho en otros paneles, que consume del gasto total alrededor, o más, del 30% en medicamentos. Cuando se cierran los oídos y se

cierran los ojos frente a lo que dice la OMS, que creo que plantea que el gasto en medicamentos no puede exceder de alrededor del diez por ciento.

Yo no creo que esto sea producto de la taradez, de la estupidez o de la falta de inteligencia de los argentinos o de los argentinos que tienen el manejo de la seguridad social. Esto, sin duda, tiene que ver con un esquema de poder económico que la seguridad social en la Argentina está favoreciendo en desmedro de la salud de los trabajadores. Esto tiene que ver, en todo caso, con un esquema que nos tiene que llevar a replantearnos seriamente el actual sistema privatizado de seguridad social. Y en este sentido tenemos que admitir que la dificultad que tenemos para instalar este debate se debe, creo, a lo que dije al principio: discutir a fondo esta situación significa discutir, en definitiva, el actual esquema de poder económico instalado en este país. Y que no viene solamente del actual proceso económico, sino que este proceso económico no hace más que consolidar un proceso desatado hace muchos años.

Desde nuestra perspectiva, en definitiva, lo que se trata es de volver a recuperar el criterio de la salud no desde la perspectiva biologicista, individualista, con un alto componente de medicalización, con una aparatología que no sólo rompe o despersonaliza al paciente sino que, además y fundamentalmente, pocas veces responde a las demandas efectivas de salud y tiene que ver mucho más con la demanda de ganancia. Tenemos que replantearnos la salud a partir de los principios que alguna vez, en este país, se enarbolaron... (*Aplausos*).

Horacio Barri: Bueno, mientras ustedes van elaborando las preguntas, con la alegría de que han llegado unas cordobesas que creíamos perdidas, yo me permito algunas pequeñas reflexiones. Ser coordinador no da patente de imparcialidad. Asumiendo eso, quisiera hacer algunas pequeñas reflexiones sobre tan importantes análisis escuchados.

En primer lugar, Diego no hizo más que confirmar lo que sospechábamos desde un principio: que los compañeros dirigentes que se meten en serio y que representan realmente a los trabajadores ya no están cuestionando el manejo de los fondos sino *todo el modelo prestacional*. Esto es nuevo y es muy importante. Fue la descripción minuciosa de los modelos en discusión en este momento en la Argentina, que tenemos que conocerlos realmente para saber lo que implican, porque no conociéndolos cuesta discutirlos, teniendo a favor esos modelos que se quieren imponer desde todos los medios de comunicación.

Susana hizo lo que hace siempre: problematiza y complejiza la cuestión, y a mí me parece esencial. Por ahí no me dejó ni ser elogioso; yo aclaro que he dicho que es uno de los pilares, de las columnas vertebrales -término que me gusta- por lo laburante que es en los *Cuadernos Médicos Sociales*. No descarto que no dije el cerebro ni todo lo demás: no me metí en la interna del CESS. De todos

modos quiero retomar lo otro, esto es anecdótico.

Lo otro que ella ha dicho, que es complejizar, no hacer análisis lineales. Siempre que he estado con Susana -y por eso me parece esencial la presencia de Susana- ha hecho hincapié en este tema, y nos ha abierto nuevas puertas. Es natural en el pensamiento humano que uno vea un análisis y, por ahí, el propio análisis se termina cerrando y Susana siempre le pega para que lo abra.

Ahora, yo quisiera aclarar el tema que sí me diferencia de Susana, que es la cuota de desesperanza que siempre le pone a este análisis. Lo hizo en una reunión anterior, en la que estuvimos juntos y en la que estuvimos discutiendo, cuando dijo que había un error en la mesa porque uno de los compañeros había planteado la necesidad de reconstruir los lazos de solidaridad, y Susana dijo que era un eje falso, porque en la Argentina no hubo nunca lazos solidarios. Y ahora lo dijo también, cuando dijo que hay que crear espacios reducidos donde practiquemos esto que decimos, más que hacer análisis globales y esto me parece que sería desconocer la inmensa cantidad de espacios pequeños, espacios solidarios que se dan en la República Argentina. Todo lo demás me parece muy importante y yo lo comparto totalmente. Ya le dejo el derecho a réplica. Yo lo hago para calentar el ambiente, para que se animen a discutir sin ningún empacho todos los demás. Me ha gustado mucho todo lo otro de Susana, solamente quería acotar este tema.

Del doctor Tagliafico me ha resultado muy importante el enfoque que él le dio, en cuanto las contradicciones de alguien que quiere hacer las cosas distintas y la desesperanza, también, que esto conlleva. Cuando él plantea la deshumanización del modelo, la recuperación de la democracia condicionada, sólo yo -y esto son todas cosas personales las que yo digo, no uso el espacio del coordinador para decir algo muy imparcial- creo que habría que tener cuidado cuando él decía que no tiene por qué no haber antinomia entre lo público y lo privado y entre el mercado y la solidaridad. Sí que las hay, es bueno que las haya y hay que discutir las a fondo. Esta es mi opinión personal.

Jorge Hoffman volvió a cerrar el análisis con respecto a un cuestionamiento profundo al modelo. Y yo reitero, los dos son compañeros sindicalistas y hace mucho que no escuchábamos -y nos pasó también en el espacio conjunto que tuvimos hace unos años en el MOSIS, acá en Buenos Aires- que, cuando se discutía de obras sociales, en todo caso se discutía el manejo de los fondos y recuperar lo público, nada más. Hablar de medicamentos esenciales, hablar de un nuevo recurso en la universidad me parece un cambio sustancial.

Bueno, yo la dejo ya a Susana que hable, pero además han empezado a llegar las preguntas y las voy a ir distribuyendo mientras tanto.

Susana Belmartino: No, simplemente quería aclarar el eje de debate que puso

Horacio en este momento. No se trataba de los lazos de solidaridad lo que yo cuestioné en aquella mesa, Horacio. Ya me lo reprochó José Carlos el año pasado en estas mismas jornadas.

Yo lo que dije fue que no existía un campo de lo popular que pudiéramos definir con la presunta claridad con que planteaba ese compañero. ¿Quién define, dónde está la tranquera de ese campo de lo popular, dónde está el alambrado? ¿Cómo podemos saber quiénes están adentro y quiénes están afuera? Nada que ver con los lazos de solidaridad.

Pregunta: ¿Qué significa que el hospital público no es un lugar público?

Susana Belmartino: Bueno, si empezamos por cobrar aranceles, deja de ser un lugar público, sin ninguna duda. Si privatizamos áreas, también deja de ser un lugar público. Pero lo que le está quitando fundamentalmente el carácter de lugar público al hospital es toda la población que es rechazada por el hospital público. A medida que el hospital público empezó, ya hace varios años, a poner trabas para el acceso, a medida que los administradores hospitalarios se empiezan a preocupar por el giro-cama, a medida que exigen al paciente que lleve su placa, a que medida exigen al paciente que lleve sus medicamentos, es indudable que ese hospital público deja de ser un lugar público.

Yo creo que el drama más grande de exclusión que tenemos en este momento no es la gente que no puede hacerse atender en el sector privado y tiene que caer en el sector público, sino que es la gente que ni siquiera puede acceder al hospital, ya sea porque no puede pagar sus medicamentos, porque tiene que hacer cosas terribles, porque los horarios de hospital no están disponibles para ellos, etc., etc. A eso me refería. Un lugar público es el lugar que todo ciudadano tiene derecho a utilizar, y eso creo yo que nuestros hospitales paulatinamente están dejando de serlo.

Pregunta: Si una obra social no brinda un sistema sanitario eficiente, ¿no tiene derecho el trabajador, buscando la seguridad sanitaria para él y su familia, de contratar a otro servicio privado eficiente?

Diego Capurro: Sí, como derecho tiene. Lo que no creo que tenga es la posibilidad de contratar, salir de una obra social a un servicio privado, si entiendo bien la pregunta. Bueno, ésa es mi opinión, es lo que yo creo que va a pasar: no va a poder pagarlo.

Pregunta: ¿Debe o no existir la libre elección de profesionales, y por qué?

Diego Capurro: Sí, yo no sé, es una cuestión ya más operativa en un sistema de atención sanitaria. Yo, en lo personal, no estoy en contra de que se pueda elegir libremente entre más de un profesional. Nada más.

Pregunta: ¿No cree que mercado y solidaridad son valores contrapuestos e irreconciliables? ¿Cuál es la función del sector privado, en su opinión, dentro del sistema de seguridad social? ¿Está de acuerdo con el modelo de salud en seguridad social en nuestro país? ¿Cuál es su propuesta? ¿Cómo se hace para que el protagonismo no sea una apelación más y se transforme en algo concreto?

José Tagliafico: Bueno, la pregunta coincide un poco con la síntesis del coordinador. Yo, cuando dije lo de mercado y solidaridad, que son contrapuestos, para que no sigamos en el terreno de lo público o lo privado y podamos empezar a caminar en el terreno de lo público y lo privado. Yo no desconozco que existe lo privado, lo que dije es que no considero -desde mi ángulo, desde mi punto de vista totalmente personal y subjetivo, porque no me lo dijeron acá en la universidad-, yo pienso que la única medicina en la cual yo creo es la pública, lo cual no quiere decir que la otra no exista y no sea creíble para una gran proporción de la población, pero pienso que eso es una de las cosas que tenemos que, con énfasis, defender.

¿Por qué lo público? Y, porque lo público no tiene el lucro como incentivo, porque el servicio es lo que alienta al servicio público, por eso hice el análisis de que no veo una justicia privatizada, ni veo otras áreas de competencia que tienen que seguir siendo públicas y que no se deben privatizar. Lamentablemente en la Argentina, por la demolición del sistema público a pocos años de haber sido elaborado, como fue el sistema de toda la gestión de Carrillo en la primera época, desde 1955 en adelante se empezó a demoler, y cuando de otros países se alarman cuando dicen que les van a privatizar las cajas, como le escuché hace poco a una representante colombiana en el Bauen hablando sobre el sistema de previsión. Y dijo: menos mal que empiezan con las cajas en Colombia, porque si llegan a privatizar la medicina, vamos a ser víctimas del prepago. Sin embargo eso, en la Argentina, sucedió hace ya muchos años. Por eso, cuando acá se habla de privatizar, ya está privatizado. Precisamente, una cosa que yo había notado y no la dije, pero aprovecho para decírla cuando me están pidiendo cuáles serían las soluciones, que la crisis está instalada porque precisamente hay dependencia y no independencia. La salud, o mejor dicho la población, depende del mecanismo rentístico y lucrativo, y por estar desarticulado el sistema público, es decir deteriorado el sistema, el servicio público no se presta para toda la población. Yo siempre digo que a veces se salva aquel que no tiene cobertura social, porque es

atendido en la guardia de un hospital, donde hay la cobertura de la mayoría de las especialidades, mal pagas pero bien cubiertas profesionalmente porque los trabajadores de la salud en el Estado están por encima del valor remunerativo que perciben, porque todavía existe la solidaridad.

¿Hay solidaridad? Sí, hay solidaridad en la Argentina. Hay experiencias concretas vividas y siguen existiendo y dándose todos los días. La sobrevivencia del sistema público, a pesar de los embates del sistema privado rentístico y lucrativo, que lo ha tratado de desarticular totalmente y sigue tratando, incluso nosotros -sin querer- a veces nos enganchamos en el mensaje. Hablando del Estado, del deterioro hospitalario, que hay que decir en el lugar que corresponde para que no se siga provocando, pero lo que no hay que generar es permanentemente el clima de que "no vayas a ir a un hospital porque...". No, no, por suerte mucha gente ha ido al hospital y ha salvado su vida.

Es decir, tengamos cuidado con el doble mensaje de buena fe que podemos tener. Por eso dije, existe para mí -me defino, y lo digo claro- una sola medicina: la pública. Si todo el dinero de la seguridad social -3.000 millones o 4.000 millones, cifra que no se puede magnificar exactamente porque hay mucha seguridad social que es de las provincias, no está en el sistema de la seguridad social sindical-, si todo esto se canalizara por el sistema público, evidentemente tendríamos otro nivel sanitario.

Dije algún ejemplo: el alto costo de la alta complejidad. Y esa alta complejidad, cuando la hacemos en un efector público es muchísimo menos el costo. La seguridad social paga al efector público, y cuando le paga a un efector público está pagándole mucho menos que al efector privado, pero lamentablemente a veces el paciente -por vía de los mecanismos que tiene el sistema de la cobertura de la seguridad social- ya está motivado, preparado, elaborado para ser atendido en un sistema privado. Entonces, después no se le puede decir: "No, vaya y atiéndase en el sector público", ya está condicionada la faz familiar, afectiva, de confiabilidad, el efecto de la persuasión, para que sea asistido ahí. Y nosotros en el ANSSAL -hay una pregunta que dice qué se puede hacer- tratamos que las obras sociales que utilizan el hospital público le paguen, porque hay un nivel de prestación que no es rentístico en el hospital. Sabemos que ningún hospital va a facturar para tener lucro, a veces ni se factura lo que se hace porque no hay ni personal suficiente para hacerlo.

Inclusive yo, personalmente, pienso que -lamentablemente- es un mecanismo incluido en el sistema del hospital, que no es muy coherente con todo el pensamiento global que debiéramos mantener. Por el hospital no debiera pasar la palabra "plata", "prestación", "carnet"; por el hospital debe pasar lo que debe pasar por un sistema que se digne de ser democrático y sin privilegio, que debe ser el documento. Se lo atiende porque es un ciudadano, no porque tiene un carnet.

Porque si no, vamos a caer en ese hospital que, en la década del gobierno de Onganía, eran los hospitales de la comunidad. Hospitales del Estado que se privatizaron: iban con un carnet, entonces, ya el mismo hospital se predisponía a atender mejor al que iba con un carnet porque le dejaba una renta.

Entonces, ojo, con el nivel del eficientismo no hagamos del hospital una entidad privada. Que se le pague, pero no que sea el paciente el que tenga que andar justificando su acreditación de obra social. Digo esto porque es un tema importante. De buena fe se puede incurrir en el ejemplo más desgraciado de introducir en el personal del hospital el mecanismo del espíritu competitivo rentístico, y si hay algo que hay que rescatar es la solidaridad del conjunto de la mentalidad del trabajador hospitalario, que no atiende por lo que va a cobrar de ese paciente sino que lo atiende porque es una persona, a la cual se debe.

Pregunta: *...sus palabras me conmovieron, en el país donde usted es funcionario: ¿se lleva a cabo? ¿Puede usted implementar sus convicciones?*

José Tagliafico: Y, es lo mismo que yo le diría al que hoy es médico en una guardia de un hospital, al que está a cargo de un servicio o al que es director de un hospital, a la jefa de enfermería, al dirigente gremial de un hospital. Según en el lugar que estás, según las circunstancias, según la forma de operar que tengas se pueden o no hacer las cosas. Es decir, lo importante es tratar de ir modificando la realidad, porque eso es lo que yo quiero decir cuando digo público y privado. Estamos ejercitando, estamos aprendiendo a desarrollar el sistema de vida democrático: al que no piensa como yo no necesariamente tengo que descalificarlo y sacarlo, porque de la misma manera, si yo pretendo eso, él va a pretender sobre mí lo mismo, y estamos en inferioridad. ¿Por qué? Porque todos los modelos han sido utilizados en el país y sólo se ha descalificado al que no tiene defensores de peso económico.

Entonces, somos muy poquitos los que defendemos el hospital público en niveles de decisión, porque poco a poco son descalificados el sector y sus defensores. No sé si es positivo expresarme abierta y sinceramente así, pero me parece que es la única manera de poder mantener un mínimo de equilibrio en lo personal, y a veces sirve para seguir avanzando, y otras veces uno queda a la vera del camino. Y ahí podría relatar, un poco, mis convicciones: he perdido muchos espacios por seguir diciendo esto desde hace 25 años, y haciéndolo en el hecho concreto de la vida de uno, de qué vive. Con la medicina privada no tengo nada que ver.

Es decir, ¿puede cambiar una persona que está en la medicina privada, e ir a la pública? Pienso que sí. ¿Puede uno que está en la pública ir a la privada? Y, pienso que ha sucedido también; muchos empiezan con mucho entusiasmo y

después, al cabo de unos años, piensan que ya no vale la pena seguir luchando y se incorporan. Porque, ¿de dónde salió el sector privado de la medicina? De médicos argentinos que empezaron en una dirección, unos en una, otros en otra, y después... Y tiene peso, y la defensa del hospital público por parte de los 82.000 médicos de la Argentina, yo no la veo con la presión que debiera existir, no la veo realmente. Y me parece que ahí es donde yo digo lo de la participación protagónica y cómo se hace para que el protagonismo no sea una aspiración más y se transforme en algo concreto.

Y bueno, lo que están haciendo ustedes es un poco esto, es hacer que este protagonismo crezca, que no seamos un pequeño círculo solidario -después me gustaría hablar con la doctora de eso-, círculos pequeños no, porque nos vamos a limitar y vamos a quedar marginados por nuestra propia forma de proceder en forma -a lo mejor- reducida y pequeña. Me parece que no hay que temerle, no digo temerle, no hay que pensar o descalificar lo masivo: al contrario, falta mucha información.

Hay cosas que son del sentido común de la defensa del hospital público, y sin embargo mucha gente termina -a veces- descalificándolo o dándole vergüenza decir que él se asiste en un hospital público, lo cual es una forma de descalificarlo.

Pregunta: ¿La deshumanización es tanto para el paciente como para el profesional? ¿Cómo se revierte esto?

José Tagliafico: Y bueno, yo pienso que en la deshumanización estamos incluidos todos.

Horacio Barri: Hay muchas preguntas, entonces vamos a ver si cerramos aquí para ir contestándolas, y yo las fui repartiendo a ver si cada uno de los que tienen que ir contestándolas puede hacer una síntesis de todas.

Acá hay dos afirmaciones, las leo mientras les doy tiempo de pensar las respuestas a los panelistas. Hay una que está dirigida al doctor Tagliafico, pero es una afirmación y la leo, entonces, para hacer más rápido.

Dice: “Somos agentes sanitarios de una localidad muy lejana, hoy nos sentimos identificados totalmente con su ponencia, porque nosotros hacemos esa medicina preventiva. Nos sentimos no sólo previniendo enfermedades sino promoviendo y, en especial, nos sentimos motores de cambios revolucionarios de salud en lo social y político. Hacemos control de embarazadas, de niños, un montón de cosas más con muchos problemas y cuestionamientos pero seguros que lo estamos haciendo en pos de un pueblo sano, física y mentalmente, para el futuro.”

Después, hay una reflexión para toda la mesa: “Como era de esperar, el se-

cretario de Salud, doctor Alberto Mazza, no se hizo presente. ¿Se puede justificar lo injustificable?"

No era de esta mesa, pero estaba invitado. ¿Vino o no vino?

Se puede justificar lo injustificable? ¿Es mejor no venir? Hay una obligación ética, técnica y de sentido común -esto es en general para todos los funcionarios, el secretario debe estar presente. En las jornadas del noventa se presentó Matilde Menéndez el lunes, había sido dejada cesante el viernes. ¿Se hubiera presentado de no haber sido así? Apuesto que no. Entonces, habló de los problemas de su gestión y dijo que no pudo hacer nada, que nadie la atendió y agregó que el verdadero ministro de Salud es el ministro de Economía. Lo dijo tarde. Parecería que cuando se es funcionario no se puede venir porque no se puede justificar lo que se hace, saben que es injustificable. Esto lo confirma el caso más grave de profesionales prestigiosos que han acudido a estas jornadas y, cuando después tienen cargos gubernamentales, no son fieles ni de lejos a lo que sostienen aquí. ¿Se podrá cortar esta esquizofrenia ideológica y de responsabilidades alguna vez?

A mí me parece que es un tema importante. Personalmente creo que el problema es hacer análisis lineales de los espacios de gobierno, y que lo hacen, lo hacemos algunos de nosotros y lo hacen también los funcionarios, como si obligatoriamente cuando asumieran una función gubernamental debieran tomar partido por todo el sistema y no tomar, dentro de los pequeños espacios -creo que Tagliafico en su exposición fue claro, e incluso cuando él contaba las dificultades- que es una batalla que se tiene que dar: mal que mal muchos de nosotros tenemos trabajos que, vistos desde afuera, podrían ser también de funcionarios, y sin embargo, no entramos en contradicción con lo que hacemos.

Yo creo que no hay que hacer un análisis totalizador de estos espacios y dar la batalla también ahí. Como no la dan, como quieren justificar lo injustificable -como dice esta afirmación-, por eso no pueden venir acá. Y ayer hubo un ejemplo de que, cuando se viene, a veces hay dificultades para poder expresarlo.

Susana Belmartino: Si yo, digamos, para ir sacando lo que no puedo contestar... Una persona me pregunta si tengo información sobre el funcionamiento del fondo de redistribución en estos últimos años. En caso afirmativo, si ha habido alguna modificación respecto a lo ocurrido en los años 1984-1985. Todos sabemos el escándalo Barrionuevo en torno al ANSSAL y al fondo de redistribución. Yo mencioné lo de 1984-1985 para quitar la idea de que tiene algo que ver el mal funcionamiento del fondo de redistribución con el proyecto neoliberal y para señalar que aún -digamos- gobiernos más orientados hacia una política de orden más socialdemócrata tampoco pudieron controlar ese manejo de los fondos. De cualquier manera, creo que la pregunta no se debió dirigir a mí sino al represen-

tante del ANSSAL que tenemos en la mesa, el que quisiera que también ratificara o rectificara la afirmación de Horacio de que los fondos de las obras sociales son mucho más de 3.000 millones de dólares anuales, pero eso por favor después.

Hay otra persona que pide un curso de metodología de la investigación (se ríe), porque me pide -digamos-... No, me pide que yo lo dé ahora, en este momento... Me pide que amplíe el concepto de afinación de los instrumentos de análisis para la problemática sanitaria y, al mismo tiempo, si el cambio en la dimensión de análisis puede aumentar la capacidad de control. Es una cuestión que no se puede liquidar en cinco minutos, pero yo lo voy a usar para dar un ejemplo. Yo no creo haber utilizado la palabra "afinación de los instrumentos de análisis", pero no importa. Yo hablo más vale de problematización del campo del análisis y problematizar el campo del análisis significa escapar un poco de los grandes referentes macro, que son los que usamos sobresimplificando un poco el problema. Si nos quedamos en la Argentina, en los grandes referentes macro tenemos el campo de lo neoliberal y de las políticas de ajuste y el campo socialdemócrata, nacional-popular, como ustedes quieran llamarlo, que está violentamente contra el ajuste, pero apelando -digamos- a interpelaciones que no son, seguramente, las más adecuadas para crear una alternativa, dado que esa alternativa no parece vislumbrarse en la sociedad argentina.

Si nos quedamos en ese campo, entonces, definir cuál es el campo de lo popular parece muy fácil. El campo de lo popular sería, en este momento, el campo de todos aquellos que intentamos construir una alternativa al ajuste. Yo pienso que para afinar el análisis, para ver cómo se va construyendo esta compleja trama de relaciones de poder internas del sector salud no nos podemos quedar en ese nivel. Para ver esto tenemos que ir al interior del sector, y ver cuáles son los grupos, cuáles son los modelos, cómo se constituyeron históricamente las grandes fuerzas, los grandes conglomerados de poder en el interior del sector. Si vamos a ese lugar, el campo de lo popular aparece cortado, aparece muy cortado y, sobre todo, aparece de alguna manera confundido en reivindicaciones que, en vez de ser -digamos- solidarias y de orden general, se tornan particulares y corporativas. Creo que el mejor ejemplo de esto es la actitud que ha tenido siempre la CGT y el sindicalismo de más poder en relación al sistema de obras sociales.

Yo creo que uno de los grandes daños de ese sistema ha sido su excesiva privatización, pero si analizamos la historia, entonces nos queda claro que la privatización era un mecanismo de afirmación del poder de los dirigentes cegetistas. Todo esto que mencionó con tanto acierto el compañero del mecanismo de coimas, del mecanismo de relaciones espúreas, se logra mucho más fácil en un sistema fragmentado, parcializado y privatizado que en un sistema público. Todo esto nos permite empezar a ver si bajamos del ámbito de las relaciones macro, y

empezamos a ver cuáles son los poderes que se fueron constituyendo históricamente en el interior del sector.

Todo esto, que es excesivamente rápido y muy poco claro, no se puede contestar -digamos- en tan poco tiempo.

Otra persona me pide que diga cuál es el sistema de seguridad social que yo propongo. Yo dije que unas de las cosas por las que me sentía de más es por no tener propuesta.

(...) transparente la inequidad del sistema. La inequidad del sistema está muy oculta y por eso permite que se defienda esto como un sistema solidario, cuando efectivamente no lo es; la inequidad del sistema está muy oculta porque los excluidos quedan en el ámbito de lo individual. Los excluidos del sistema, porque no pueden pagar los coseguros y el plus, no tienen más remedio que ir al hospital público y entonces quitarle su lugar a aquellos que no tienen cobertura y que por ese motivo tendrían derecho a acceder al hospital público. Si fragmentamos -digamos- en la legalidad -aquella fragmentación ya existe en el interior del sistema-, entonces la inequidad se vuelve transparente y se puede trabajar y se puede denunciar. Y estamos aglutinando a gente que tiene intereses comunes en el campo de la salud, y sabemos que cuanto más homogéneo es el grupo mayor posibilidad hay de participación, mayor posibilidad hay de confrontación de ideas, mayor posibilidad hay de transformarlo en una real alternativa de poder.

Creo que por ahora nada más.

Jorge Hoffman: Bueno, hay una pregunta que más que pregunta es una afirmación, que plantea de alguna manera la situación -fundamentalmente del interior- con relación al proceso de exclusión. Plantea la muerte de algunos niños como consecuencia de la ola de frío y se pregunta si no se quiere reforzar esta situación con el plan socioeconómico.

Yo creo que todo el proyecto, inclusive los proyectos en danza de las obras sociales, tienen que ver con un modelo social de exclusión. En Argentina más del 20% de las personas de 65 años ya están excluidas de la seguridad social, de la posibilidad de jubilación. El 30 ó 40% de los argentinos ya están excluidos del sistema de seguridad social, que son los que van al hospital. Y ahora, con la consagración de las obras sociales y estos 22 dólares, vamos a estar los que estamos dentro de la seguridad social semi-excluidos. Es decir, los que tengamos para pagar el plus estaremos dentro de la seguridad social y los que no tengamos para pagar el plus tendremos que subsidiar al sector de la seguridad social yendo al hospital público para que nuestra carga sea menos gravosa a la seguridad social privatizada.

Me hago una pregunta: si en la Argentina hoy el sector de la seguridad social gasta 3.000 millones de dólares, el gasto de medicamentos debe andar en 1.000

millones de dólares o más. Entonces, ¿puede ser éste un hecho anecdótico; puede ser éste un hecho intrascendente o no tiene que ver con este modelo? Donde en salud se gastan 1.000 millones de dólares en medicamentos y donde el Ministerio de Salud de la Nación tiene el 0,3% de recursos del producto bruto interno.

Entonces todo el andamiaje que se constituyó en los últimos años en materia de seguridad social y que ahora se consolida, donde lo que está en juego -en definitiva- es quién maneja la plata, no está en juego el sistema, el régimen de exclusión; todo este andamiaje tiende a consolidar este modelo, donde no están contemplados estos dos niños que murieron de frío, estos siete, ocho o diez niños que murieron mientras nosotros estamos disertando. Y yo creo que sí, lamentablemente, este modelo o lo que está en discusión hoy en la Argentina -en los términos en los que lo planteó Diego- tiende a consolidar este proceso, donde seguramente con la privatización del régimen de jubilaciones va a haber más del 20% de personas mayores de 65 años de edad excluidos. Ya en Chile eso se está demostrando en la práctica. Donde el proceso de descentralización hospitalaria tal como está planteado hoy significa endosarle el hospital a la comunidad y que se arregle con los recursos que la comunidad le transfiera, donde el Estado paulatinamente se desentiende, donde la no existencia de una política de medicamentos -de una verdadera política de medicamentos-, donde -fíjense ustedes- la polémica respecto a los esenciales aparecía en los grandes centros representativos de las especialidades médicas, planteando que no era viable esto en la Argentina porque no había mecanismo de control y porque los profesionales no estaban capacitados para recetar con medicamentos esenciales.

Entonces, en lugar de demandarle al Estado el control y en lugar de plantear la capacitación de los profesionales dicen "no, sigamos con este sistema" que a la Argentina le debe costar 300, 400 ó 500 millones de dólares por año de más. Entonces sí, efectivamente, todo esto tiende a consolidar un modelo de exclusión social que inevitablemente trae secuencias de miseria y de muerte.

Diego Capurro: Yo quería hacer una aclaración con el tema del CUPAM. Lo que digo es que, más allá de los mecanismos por los cuales se calculan 20 ó 22 -no sé cuántos- dólares de la cuota parte para la atención médica, me parece absolutamente inviable y perverso capitalizar la atención y mucho más capitalizar toda esa atención médica o ese programa de atención médica básica, que es imposible hacerlo bien con esos 22 dólares por cabeza. Creo que la discusión va mucho más allá de si son 15, 20 ó 30. Solamente eran aspectos de esa ley.

Hay una pregunta que dice: "¿Qué modelo de seguridad social vamos a oponer al proyecto de FIEL y del gobierno?" Vamos a oponer lo que podamos oponer. Yo creo que estos son proyectos que vienen de la mano de intereses y grupos de poder económico muy fuertes y que, en la medida en que el marco políti-

co, las encuestas y todos estos elementos de medición de los tiempos lo permitan, va a haber una ofensiva muy intensa por la vía parlamentaria y, si hay algún riesgo por la vía parlamentaria, por la vía del decreto o de lo que haga falta. Yo temo que estamos relativamente cerca de la aparición de uno de estos proyectos: previsión social, salud, seguridad social u obras sociales.

Nosotros tenemos reiterados análisis y propuestas en materia de salud y seguridad social o salud y obras sociales, que para nosotros no son más que dos componentes del mismo problema, de la misma situación. De todos modos, sin ánimo de ser muy lineal o de simplificar el problema, creemos que la seguridad social no tiene un destino razonablemente eficiente desde el punto de vista social si el Estado sigue abandonando muchos de los roles que le corresponden y de las obligaciones y de las cosas que debe garantizar, fundamentalmente en materia de salud.

Si siguen privatizando la política pública y siguen privatizando los bienes del Estado, sobre todo en el área de salud, si se sigue permitiendo la destrucción del hospital público y su progresiva desaparición como prestador referencial de la más alta calidad, la seguridad social tal cual está planteada no tiene destino, no puede recorrer otro camino que no sea la privatización.

Si no se plantea una integración real y efectiva con otros componentes del sistema de salud, fundamentalmente entre seguridad social u obras sociales y sector público -esto es, si las obras sociales continúan cautivas de este mercado privado prestador- creo que tampoco tiene destino, más allá de que la cuota parte, la CUPAM, valga 5, 10 o 400 dólares. Y en esto incluyo al PAMI, que es otro de los temas que se está discutiendo ahora con mecanismos similares.

Creo que si no genera, no se construye un modelo de atención que base las acciones en estrategias diferentes y no principal o excluyentemente reparativas o curativas, creo que tampoco la seguridad social tiene destino. Son cuatro o cinco cosas que nosotros proponemos como ejes para la reflexión y el debate de cuáles debieran ser -a nuestro juicio- los soportes -digamos así-, las columnas principales para la construcción de un modelo alternativo.

También decimos, además de recuperar el rol del Estado, la integración de sectores y el fortalecimiento del hospital público, creemos que todos estos modelos a construir deben llevar necesariamente en su seno un altísimo grado de descentralización y de participación social, que es la única -en definitiva- tal vez una de las principales herramientas que pueden garantizar que los objetivos sean los correctos y que se cumplan esos objetivos y, fundamentalmente, que desaparezca este manejo autoritario y antidemocrático del sistema.

Jorge Hoffman: Yo hago una pequeña aclaración sobre el tema de los 22 dólares. Ustedes leen todos los días alguna denuncia que sale de los funcionarios cor-

dobeses que están manejando el poder, que se denuncian los 2.000, 3.000 ó 4.000 dólares que cobran por mes más el desarraigo, más todo eso que les pagan.

Están creando un problema en los aviones, porque antes de despegar y al aterrizar "pelan" los MOVICOM y crean un problema de comunicaciones. Los yup-pies cordobeses son muy particulares. Entonces, uno de estos personajes que venía para aquí, como necesitaba información y quería algunas figuritas, se me dio la oportunidad de intercambiar algunas figuritas con ella: yo le pedía una de Cavallo, le daba una de Bloch; le pedía una del Banco Mundial, le daba una de Susana Belmartino. Porque le falta información y ella era consciente de que estaba haciendo una cosa matemática nada más; no le pude dar algunas figuritas, no le podía dar una del "Negro" Escudero porque le quemaba el album, entonces... Pero algunas intercambiamos.

Entonces le dije: ¿De dónde sacan esto de los 22 dólares? Y, hicieron una cuenta de que el salario promedio son 500 dólares y hacían la cuenta. Yo les decía: acá hay una cosa, que ustedes no pueden seguir fantaseando con los números. En la obra social provincial, de la que yo soy jefe del Departamento de Planeamiento -o sea que hace unos 15 años que estoy manejando los números-, nosotros calculamos que por dentro del sistema se gastan unos 17 pesos por mes por persona, y por fuera del sistema muchísimo más: 23, 25, no sabemos exactamente, pero si cualquier persona cuando va a la consulta tiene que pagar diez pesos adicionales de plus, esto es un disparate, se ha convertido en un disparate.

Si, hipotéticamente, lo que gastan realmente en este sistema en este momento fueran 40 pesos, una persona estaría aportando por el grupo familiar -que son dos más- unos 120 pesos, para lo cual debería ganar -manteniendo los porcentajes actuales de descuento- alrededor de 1.500 pesos por mes de promedio. Pero también es cierto -para salir de una vez por todas de la trampa esta de que no es cuestión numérica la cuestión y que hay que entrar en otras cuestiones, como se ha esbozado en algunos de los representantes de esta mesa- si nosotros vamos al modelo de la reforma sanitaria italiana, cuyos aportes son mucho mayores y pueden servirnos para ver lo que va a pasar, vayan a pedir un turno para un especialista y esperen cuántos meses después se lo dan o, si tienen apuro, paguen la consulta 200 dólares en ese momento y se la dan, con el mismo especialista del sistema pero por fuera del sistema.

Es una trampa sin salida no meterse en qué significa esto. Hace algún tiempo también escuchaba que hay que eficientizar, que hay que empezar a ver el peso de la biotecnología. Esos son todos versos; entonces, acá lo que hay que discutir es qué modelo, qué financia esto.

Yo, cuando decía lo de que se habían duplicado aquellas cifras que se manejaban en 1985 -nosotros manejábamos tres millones de dólares para 500.000 afiliados por mes en esa época y ahora manejamos siete millones y medio, y los

suelos provinciales en vez de subir con respecto a la media han bajado- entonces se ha duplicado todo. Y con respecto a lo que está pasando en el área de medicamentos, hay un escándalo económico porque ustedes saben que, por ejemplo, la Vibramicina que se usa para el cólera tuvo un aumento del 90% cuando se la empezó a requerir más, haciendo las trampas habituales que hacen los laboratorios. Está muchísimo más que 1.000 millones de dólares en este momento el gasto en medicamentos: debe triplicar esa cifra seguramente o más, o cuadruplicarla.

Si las cifras que se están manejando dicen que en el sector salud se gastan arriba de los 10.000 millones de dólares, el medicamento debe estar cerca de la mitad. Pero esto no es lo irracional, solamente lo económico, ¿no hay qué caer en la trampa del discurso económico? El discurso del Banco Mundial y el de Cavallo no es un discurso racional científicamente, es lo más irracional del mundo; sólo tiene de racional cómo manejan los medios para justificarse. Esto de los medicamentos, la reflexión que hay que hacer -y uno la puede aplicar a cualquier cosa de la salud- es que el 80% de los medicamentos que están en el mercado -el 80 ni más ni menos- o no sirven para nada o son más dañinos que benéficos.

Hay que tener cierto cuidado cuando uno entra sólo a manejar números o a hacer análisis de otro tipo en esta cuestión y hay que reflotar la racionalidad nuevamente, porque con eso solo los aplastamos en el razonamiento que ellos hacen.

José Tagliafico: Bueno, hay una pregunta: “¿En cuánto creo que influye en la entrega de las obras sociales el hecho de que sus conductores hagan importantes cajas mensuales, sobres de comisiones?”

Yo pienso que la mejor manera de defenderse es con las acciones, por lo tanto, con lo que voy a decir no pretendo defender a nadie, pero hay algo que me parece que es importante que lo digamos, porque me parece que si no, la experiencia nos tiene que servir para no volver a caer en atacar los efectos y no las causas.

El manejo de los fondos, por lo general siempre de los propios y los de la redistribución que maneja el ANSSAL, que son un 10% de los fondos, que se asignan automáticamente a las obras sociales, históricamente siempre tuvieron una asignación para fortalecer el sector privado. Y, más allá de otras acciones, hubo un momento en que la gestión que había en el ANSSAL -que no es la que está ahora, en la cual yo estoy, sino que es a la que se refirió la doctora Belmartino, la de Barrionuevo- hizo aportes a los hospitales públicos. Eso, que a muchos les puede llamar la atención, a mí no me llama la atención. Y eso también sirvió para que la corporación privada médica sumara ataques sobre esa gestión.

Quiero ser claro: no es defender la gestión de Barrionuevo lo que estoy haciendo, sino que estoy diciendo algo que es muy concreto. Fondos para hospita-

les públicos fueron durante su gestión; importantes sumas, a los hospitales públicos para paliar los déficit presupuestarios que son crónicos y que superan los años de la democracia; vienen de las gestiones anteriores.

Eso era inédito. Y otra cosa que no quiero dejar pasar por alto es que nosotros teníamos una ley, como se mencionó acá, que estaba vigente hasta que desapareció la democracia en el último golpe del proceso. Volvió la democracia a nuestro país y no fue reimplantada esa ley, que era una ley vigente, la del sistema nacional integrado de salud. Y era una ley que hablaba de la salud pública. Y todo el énfasis que se puso en el país durante los años de democracia fue para reimplantar un sistema que hace a un sector de la población que tiene ya cubierto algo de su protección social, que es la fuente de trabajo, porque se elaboró toda una ley que es el actual Sistema Nacional del Seguro de Salud, que da origen inclusive al ANSSAL, que cubre una parte de la población.

Entonces, yo vuelvo al énfasis de lo que dije al principio: casi diez años de democracia, deber indelegable del Estado es la salud pública, no la salud sin aditamentos, y seguimos en la lucha de ver si los efectos son los responsables de todas estas causas y no profundizamos en que, desde el año 1955 en adelante, el hospital público no tiene una defensa legal en la Legislatura de la Nación y podría decir que en muchas Legislaturas provinciales ha sido bastante débil y tenue su defensa. Y me parece que ése es el enfoque, y para eso tenemos que sumar muchas voluntades, no es suficiente con los que estamos defendiendo el hospital público desde siempre. Y tenemos que ser claros y objetivos, y descalificar el sistema de la prestación y el de la cápita obligada y forzosamente solidarizada. No existe la solidaridad forzada, la solidaridad nace de la voluntad.

Yo acá tengo unos compañeros a los que les llama la atención que yo esté hablando de la solidaridad de los trabajadores mal pagos: por supuesto, un trabajador mal pago seguramente va a ser solidario con un usuario de un hospital que tiene necesidad. ¿Qué le voy a pedir solidaridad al rico que evade impuestos en la Argentina, o tengo que explicar acá que la provincia de Buenos Aires tiene un 50% de evasión impositiva? y que cuando uno se tomó el trabajo, allá en 1973, de averiguarlo coincide con lo que sucede hoy también: el 80% de los evasores son el 10% de los contribuyentes, es decir, son los grandes contribuyentes.

No seamos ingenuos, no le puedo pedir solidaridad al egoísta. No es voluntarismo, es análisis concreto de lo que es la esencia humana; por eso yo defiendo el hospital público, porque sé que el que está en el hospital público está ahí porque no busca una retribución a su egoísmo y a su afán de privilegio de lo económico sobre lo humano.

Es decir, yo pienso que en la Argentina faltó esto y con esto quiero cerrar y rendirle nuevamente el homenaje que muy pocas veces se le ha rendido a Ramón Carrillo. Por algo estuvo fuera del país tantos años: aun muerto, su pensamiento

era tan claro, tan meridiano, que descalificaba a los oportunistas liberales que buscaban el negocio y a otros oportunistas, que sin profesarse liberales, no defendieron al hospital público como hubo que haberlo defendido desde 1955 en adelante.

Eso dio origen a la seguridad social, apañada por la Ley 18.610 de Manrique, para conseguir un rédito político que no obtuvo, pero que trató de obtener con esa ley apresurada que sacó en un gobierno de facto. Ojo, como argentinos abramos bien los ojos; hagamos una viable estrategia de alternativa a todo este desmantelamiento y depredación de los sistemas de seguridad social y de previsión social que en toda Latinoamérica se están ya instalando desde hace unos cuantos años, con una cabeza ejecutora desde Chile. Nada más.

Horacio Barri: Bueno, si no hay más preguntas damos por finalizada la reunión y les agradecemos mucho. (*Aplausos*).

EXPERIENCIAS Y FORMAS DE DESCENTRALIZACION EN SALUD EN GRANDES MUNICIPIOS DEL CONO SUR

Mesa redonda

COORDINADOR:

Pablo Bonazzola

Médico sanitarista

PANELISTAS

Hermes Binner, secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario, provincia de Santa Fe

Eduardo Flores, secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba, provincia de Córdoba

Tabaré González, director general de la Unidad Central de Planificación Municipal, Montevideo, Uruguay

Aldo Melillo, secretario de Salud de la Municipalidad de Buenos Aires (no concurrió)

Carlos Alberto Pletz Neder, secretario de Salud de São Paulo, Brasil

Giorgio Solimano, CORSAPS, Santiago de Chile

Comisión Organizadora: A partir de la experiencia del año pasado en la mesa de cierre, (...) que serían tratados con lógicas distintas en cierta manera, que es la lógica (...) responsabilidad directa y exclusiva del proceso de descentralización de la municipalidad y que (...) marco teórico.

Por ese motivo vamos a dividir la mesa en dos mesas distintas: este año vamos a tener ahora la mesa con las experiencias concretas de descentralización, gente que está en responsabilidades directas y luego una mesa más conceptual, donde vamos a hacer los planteos teóricos... a favor de las propuestas de descentralización.

Y, lamentablemente, en esta mesa no va a estar el secretario de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, el doctor Melillo, que fue invitado, y sabemos que el doctor Melillo no estuvo de acuerdo el año pasado con algunos

compañeros, que lo silbaron, actitud con la que no coincidimos desde la Comisión Organizadora. Pensamos que existen elementos en la democracia como para generar la discusión desde planteos y desde preguntas. Tampoco consideramos que sea conveniente y satisfaga a una sociedad que está entrando en un proceso democrático que neguemos la posibilidad de discutir entre nosotros mismos. Creemos que la democracia se fortalecerá en la medida en que podamos debatir los acuerdos y los desacuerdos con respeto mutuo y es la única forma de poder fortalecer en la sociedad civil las prácticas y las actividades democráticas.

Lamentamos que el doctor no esté presente en esta mesa.

Esta mesa la va a coordinar el doctor Pablo Bonazzola, que es médico sanitarrista, que es argentino, y nosotros queremos agradecer el enorme esfuerzo que han hecho todos los secretarios que están aquí presentes, porque sabemos que sus actividades son múltiples y han tenido que dejar seguramente muchas cosas.

Nos acompañan, en orden de abecedario, el doctor Hermes Binner, Secretario de salud de la Municipalidad de Rosario; el doctor Eduardo Flores, de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba; el doctor Carlos Pletz Neder, de la Secretaría de Salud de São Paulo, que está acompañado y está con nosotros en el público con gente del equipo de gestión de la Secretaría; Giorgio Solimano, del CORSAPS de Santiago de Chile, que estuvo hasta hace poco con funciones directamente en el Ministerio y Tabaré González, director general de la Unidad de Planificación de Montevideo, que el año pasado era secretario de Salud y ahora está en una función superior. Lamentablemente no pudo estar presente la gente de Paraguay.

Nosotros los dejamos, y queremos reforzar una cosa: creemos que estas mesas son muy importantes, porque tienen experiencias concretas y propuestas concretas. Creemos que en las jornadas tenemos que empezar a trabajar y empezar a prestarle atención a gente que está trabajando en hechos concretos y está llevando adelante propuestas.

Pablo Bonazzola: El tema de descentralización ha tomado mucho predicamento en los últimos años en el sector salud de los diversos países. Lamentablemente las experiencias en la materia suelen ser disgregadas, suelen recorrer diversas dimensiones. Muchas veces en el campo económico la descentralización en salud se impulsa en el marco de planes de ajuste que poco tienen que ver con la naturaleza propia del fenómeno de la salud y su extensión. Muchas veces en el campo jurídico-institucional se buscan figuras jurídicas que logren una mayor eficiencia, un mayor control desde el punto de vista administrativo y de funcionamiento de los servicios, pero este tipo de búsquedas no siempre contempla la propia naturaleza del sector.

Y muchas veces, desde los niveles locales, se cursan experiencias que apun-

tan a la participación comunitaria, al protagonismo del personal, pero suele no darse la suficiente atención a las herramientas administrativas que constituyen la aptitud legal de obrar de ese tipo de experiencias, y que son, por lo tanto, imprescindibles.

En esta ocasión, yo creo que tenemos la oportunidad de asistir a la síntesis que solamente la realidad puede aportar. Y esta síntesis está dada por las personas aquí presentes, en las cuales confluyen -por un lado- ser funcionarios de máximo nivel de grandes municipios, tener en común una intención y una vocación transformadora del sistema de salud y haberse encontrado, seguramente, con una problemática bastante común al querer aplicar las cosas. Seguramente la mayoría de ellos, o todos, están en comunas, o en municipios sumergidos en países o en provincias que están dentro de un proceso de ajuste económico con impacto social importante. Seguramente muchos de ellos, o todos ellos, han debido lidiar con sus respectivas áreas económicas, a lo mejor compañeros de camino pero que, frente a la realidad, la forma de ver las cosas no siempre coincide. Y seguramente también ellos se han encontrado con lo intrincado que constituye buscar, procurar y promover la participación comunitaria en concreto en un área geográfica y en un área política determinada.

Por lo tanto, me parece que ésta es una posibilidad de síntesis y de aquilatación de experiencia realmente excepcional.

La forma que hemos tratado de establecer para el funcionamiento es que cada uno de los integrantes del panel participe en tres oportunidades un máximo de cinco minutos. En la primera participación, los panelistas -lo que hemos sugerido- se referirían a cómo encuadraron inicialmente el componente descentralización al iniciar su gestión. En la segunda participación se referirían a hechos concretos que les interese resaltar de esa experiencia, ya sea normativa desarrollada, experiencia piloto, etc. Y la tercera participación de cada uno de los panelistas apuntaría a una síntesis y apuntaría a las esperanzas y experiencias que, desde el punto de vista del componente descentralización, tienen en sus respectivas gestiones.

Empezaríamos, entonces, con la primera de estas participaciones, a cargo del secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, el doctor Hermes Binner.

Hermes Binner: Bueno, buenos días. En realidad, esta mecánica elegida democráticamente por el coordinador nos pone ante la posibilidad de tener que armar este planteo de una forma distinta de lo que habíamos previsto. Pero vamos a tratar de coordinar lo máximo posible para poder transmitirles a ustedes algunas líneas generales que nos lleven a una idea clara de qué es lo que se está realizando y hemos encontrado en la ciudad de Rosario.

Ante todo, quiero decirles que, en general, por propia formación, uno trata de

olvidar rápidamente las cuestiones negativas, o que uno valora como negativas. Y trata rápidamente de asumir una postura de construcciones. Entonces, recordar un poco lo que pasó en Rosario, lo que pasaba en la ciudad, previo a que nosotros nos hagamos cargo, me cuesta un poco de trabajo. Pero, de todas maneras, quiero decirles que, en líneas generales, el perfil del anterior gobierno estaba definido fundamentalmente en dedicar todos los esfuerzos a obras públicas en la ciudad, importantes y valiosas todas, por supuesto. Y toda la cuestión vinculada a lo social, realmente, no estaba considerado como una prioridad dentro de las acciones de gobierno.

Tal es así que el propio intendente municipal, de profesión abogado, planteó que leyes eran anticonstitucionales. Como por ejemplo, Ley del FAE, el Fondo de Ayuda a las Escuelas -educativo-, que tiene como destino que parte de las tasas municipales son destinadas a la construcción, reparación de las escuelas públicas. Como la Ley de Paritarias, que públicamente y en la práctica así lo hacía, decía que eran anticonstitucionales, y no las pagaba, no pagaba el FAE, no aportaba a las paritarias, y consecuentemente había toda una situación social que, evidentemente, era muy difícil de llevar adelante. Era un poco una avanzada de los planes de ajuste que, a veces, tanto nos preocupan.

Pero, en realidad, el ajuste, como siempre, va por lo social, y en la ciudad de Rosario nosotros soportábamos esta situación.

Este es el marco general que vivimos nosotros. En la parte de salud específicamente, la idea del intendente era que la salud debía ser centralizada. Esto se transmitía permanentemente en las manifestaciones, de que la salud era un derecho, como lo planteaba la Constitución de la provincia de Santa Fe, y que era la propia Gobernación, el propio gobierno de la provincia quien debía garantizar este derecho, en forma tal que esto se vio manifestado en los presupuestos, cada vez menores. En el último año llegamos al presupuesto histórico más bajo, el 13,01%. Esto se vio reflejado en la desjerarquización de los empleados municipales; en salud tiene una gran repercusión porque el 30% de los empleados municipales están en el área de salud. Esto se manifestó en la carencia de planes y de programas; y, como si esto fuera poco, con numerosas acusaciones de corrupción en diversas áreas, y particularmente en el área de salud.

Esta es un poco la situación que desencadena en una situación social que no queremos, a veces, recordar, pero que seguramente no queremos repetir, que es la de los estallidos sociales. Quienes recordamos esta situación que vivimos en la ciudad de Rosario, créanme que no la queremos volver a pasar. Barrios contra barrios, los barrios contra el centro, los asaltos a todos los supermercados, realmente se vivía un quiebre del tejido social de la ciudad.

Entonces, en estas condiciones y en esta realidad, con la renuncia del intendente, se llama nuevamente a elecciones. Estas nuevas elecciones las gana el in-

tendente actual, el doctor Caballero para completar los dos años que faltaban del período, y -a fines del año pasado, en las últimas elecciones- es plebiscitado y está en ejercicio por cuatro años. Esta es un poco la realidad que hemos vivido en nuestra ciudad de Rosario.

Pablo Bonazzola: A continuación el doctor Eduardo Flores, secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

Eduardo Flores: Muchas gracias a los señores organizadores en nombre del Municipio de Córdoba. Muchas gracias también a los presentes por permitirnos exponer nuestra situación.

Como es muy poco el tiempo, yo prefiero decir qué vamos a hacer en adelante; muy brevemente lo que hemos encontrado y abrir un marco conceptual amplio de cuál es el programa que estamos previendo para los cuatro años de gobierno.

Partimos de la base que el Estado municipal reviste cualidades distintas de los otros dos niveles del Estado. Creemos que es el orden gubernamental más accesible por parte del ciudadano. Es el que tiene más posibilidades de relacionar directamente a los gobernantes con la población y es, además, el que regula la vida cotidiana. En consecuencia, hemos creído que la actual administración municipal debiera explotar al máximo todas estas potencialidades: dar adecuada respuesta a los vecinos, mejorar sus condiciones de vida, aprovechar eficiente y equitativamente todos los recursos que la misma sociedad nos confía. Y bajo esta perspectiva, hemos creído muy necesario adecuar el aparato administrativo municipal para dotarlo de flexibilidad, de eficiencia, y para abordar los problemas de la ciudad, no sólo desde el área de la salud, porque hemos tomado la salud como un componente más de toda la administración y con una visión mucho más amplia que la tradicional.

Creemos que la modernización de nuestras estructuras administrativas es un elemento esencial para el objetivo final, que lo hemos puesto como "la elevación de la calidad de vida de los vecinos". También creemos -y en la segunda parte, en los segundos cinco minutos voy a tratar de mostrar qué es lo que estamos haciendo- que esta es una forma de fortalecer y perfeccionar la democracia. Y lo hacemos a través del impulso fundamental de la participación ciudadana. Esto también mejora la capacidad de decisión que posee la misma ciudadanía. Ubica al Estado municipal en una posición cercana a la gente, define una adecuada articulación entre las funciones municipales, provinciales y nacionales, mejora la articulación entre el Concejo Deliberante y el departamento ejecutivo. Y, finalmente, tiende a la racionalización del gasto público para la administración eficiente de los recursos que los ciudadanos les confieren.

Por esto, nosotros hemos hecho un objetivo básico en nuestra gestión, no sólo la del área de salud. Hemos encontrado una excesiva concentración en la administración pública municipal, y creemos de fundamental importancia descentralizarla, y para ello el gobierno comunal ha decidido instalar -y ya está en marcha el programa, como lo van a ver en la segunda parte- dentro del tejido urbano y en espacios físicos destinados a tal fin -ya ha adquirido los terrenos- diez centros de participación comunal, que desempeñarán en el futuro las funciones que se descentralicen.

Estos diez centros van a funcionar prácticamente como una especie de sub-municipalidades. Los primeros cuatro ya están licitados, y ya se está comenzando la construcción. El plazo final previsto de esta obra es de doce meses.

Bueno, en la segunda parte voy a mostrar cuál es la obra. Tenemos ya fotos de la idea de cómo van a ser, cuál es el perfil arquitectónico y qué vamos a tener allí dentro del sector general y del sector salud. Muchas gracias.

Pablo Bonazzola: Continúa el doctor Carlos Alberto Pletz Neder, secretario de Salud de São Paulo.

Carlos Alberto Pletz Neder: Bien, inicialmente me gustaría agradecer la invitación y la forma cariñosa en que fuimos recibidos aquí en Buenos Aires por todos ustedes. Agradecer a todos los compañeros de la mesa y pedir disculpas por tener que hablar en portugués. Espero que ustedes nos entiendan.

El proceso de cambios por el que ha pasado la ciudad de São Paulo a partir de 1989, con la victoria de la prefecta Luiza Erundina y del Partido de los Trabajadores, una coalición de izquierda apoyada por fuerzas progresistas, está íntimamente ligado con un proceso anterior que me gustaría resaltar aquí.

Nosotros, durante el período de 1964 a 1984, durante veinte años, tuvimos una intensa lucha social por la democratización del país. Y eso permitió la organización de diversos movimientos sociales, el fortalecimiento de los sindicatos, y la comprensión de que no era posible mantener un aparato de Estado centralizado en las manos de pocos y de corporaciones que no atendían los intereses del conjunto de la población.

En 1986, nosotros celebramos la "Octava Conferencia Nacional de la Salud" en Brasil, que fue extremadamente importante para que pudiéramos consolidar un movimiento sanitario brasileño en torno a una propuesta de descentralización y de mayor simplificación del aparato del Estado.

En 1988 tuvimos el proceso, constitución ésa que incorporó en gran número las reivindicaciones de los movimientos sociales, de los sindicatos y de la "Octava Conferencia Nacional de la Salud".

Por lo tanto, con la prefecta Erundina en 1988, sucedió en ese contexto el

movimiento por la redemocratización, aun más, era un movimiento por la descentralización del aparato del Estado y de una mayor participación de la población de los trabajadores en el día a día, en las decisiones del sistema de salud y de la política en nuestro país.

La prefecta Luiza Erundina es una asistente social que fue..., diputada, íntimamente comprometida con las luchas sociales y eso fue extremadamente importante para el proceso que tuvimos de cambio de las políticas públicas.

Tres hechos fundamentales aparecen en el programa de gobierno. El primero, la descentralización y la democratización del aparato del Estado. Segundo, la inversión de las prioridades, porque -fundamentalmente- se invertían los recursos en obras y en necesidades que no eran exactamente aquellas que eran de interés de la población. Y en tercer lugar, garantía de transparencia de los actos públicos y total acceso de la población a las informaciones para que ésta pudiese participar del proceso de decisión.

Esos tres hechos: democratización, descentralización y acceso a las informaciones inciden día a día en nuestro trabajo y después pretendo ejemplificar, en el área de la salud, cómo ha sido hecha esa inversión de prioridades en beneficio de las áreas sociales, tanto en la colocación de los recursos financieros como en la disponibilidad del personal, como en la forma de organización de la prefectura.

Espero que tal vez así, no hablando muy rápido, ustedes me puedan entender. Gracias.

Pablo Bonazzola: Continúa el doctor Giorgio Solimano, de Santiago de Chile.

Giorgio Solimano: Igualmente, primero que nada deseo agradecer la invitación de los organizadores de este congreso, por la oportunidad que nos brindan de poder compartir con ustedes experiencias que son extremadamente valiosas.

Yo, personalmente, en este momento no trabajo en el sector público y tampoco tengo una responsabilidad en términos de la salud municipal. De acuerdo al formato que nos hemos dado para abordar el tema, voy también a referirme un poco al contexto histórico en que se da la situación en Chile, lo que es fundamental para entender el momento en el que nos encontramos actualmente.

Chile no es un país federal, y por lo tanto la centralización de su gobierno ha sido una de las características más notables.

Hasta el año 1973, durante el período 1970-1973, culmina un proceso de profundización democrática, de participación y de propuestas que llevan, por primera vez en Chile, a la conformación de un gobierno socialista.

Durante ese período se profundiza la participación de la población y, en el ámbito de salud, se hace efectiva una real democratización en la manera de proporcionar salud, e incluso, de establecer formas de trabajo conjunto entre los or-

ganismos estatales de salud y la población.

Sin embargo, en ese contexto, los municipios propiamente tienen muy poco que ver. Son las organizaciones sociales, son los partidos políticos, es el gobierno central a través de sus distintas instancias los que promueven este proceso de participación y democratización de la sociedad en general y de la salud en particular.

El golpe militar del año 1973 cambia radicalmente esta situación, y yo creo que no es el caso comentarlo, porque la mayor parte de ustedes sabe lo que significó para la democracia chilena, para los chilenos y fundamentalmente para los pobladores y la gente humilde en Chile casi 17 años de dictadura.

Sin embargo, durante este período en el que no hay participación, en el que no hay generación democrática de las autoridades, paradójicamente -especialmente a partir del año 1980 y en consonancia con la gran transformación que sufre el Estado chileno, tanto desde el punto de vista de su administración política como de su estrategia de desarrollo y económica- se da, como dije, no solamente la paradoja sino que se instala la descentralización. Una descentralización que es compleja de entender porque, fundamentalmente, está orientada a aumentar, a incrementar, el control social por parte del régimen militar.

Descentralización en la cual las autoridades son designadas individualmente por el jefe del gobierno en ese momento, y en los cuales los alcaldes de las 332 comunas de Chile juegan un rol fundamental en términos de la política económica, social y -fundamentalmente- del control de la sociedad.

A partir del año 1980-1981 se hace en el sector social lo que nosotros consideramos fundamentalmente una desconcentración para el sector salud y el sector educación. Es decir, a las municipalidades se les entrega la responsabilidad de la atención primaria en salud y, de esa manera, se desarma, se desmembra el sistema de salud chileno, constituido en el año 1952 a partir de lo que fue el Servicio Nacional de Salud. Este período se caracteriza, entonces, por eso.

En el año 1989, después del plebiscito en el cual triunfa la opción de una nueva elección democrática, nos corresponde a nosotros participar -y aquí está invitado también a este Congreso el doctor Roberto Belmar, que actualmente es el director del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, y que va a participar en el otro panel que hay sobre atención primaria- nos corresponde elaborar un programa para el nuevo gobierno. En todos los ámbitos, y específicamente a nosotros en salud.

Y en ese contexto de la elaboración de un nuevo programa para el período -y esto es muy importante- que definimos como de transición a la democracia, porque ése es el gobierno que actualmente tenemos en Chile...

Pablo Bonazzola: ...que se hayan desarrollado durante su gestión, ya sea en el

plano normativo o en el plano de implementación de experiencias concretas. Empezamos entonces con el doctor Binner.

Hermes Binner: Bueno, retomando el hilo de lo manifestado en la primer parte, el nuevo gobierno se formula una intencionalidad hacia lo social, y está básicamente destinado a dar equidad en su plan de gobierno.

Aquí se produce en los primeros tiempos una pulseada con las empresas prestatarias de servicios, con lo cual se logra disminuir lo que facturaban en cifras realmente significativas, como por ejemplo: alumbrado público en el 51% menos de facturación; semáforos en el 50%; barrido y limpieza en un 40%.

Este dinero, rescatado digamos de la distribución de la torta municipal, significa mayor disponibilidad hacia lo social, con lo cual comienza a pagarse el FAE, el dinero pasa a las escuelas y a las cooperadoras escolares destinadas a mejorar aulas, con lo cual se comienzan a construir comedores, con lo cual se comienza un plan de mejoramiento, de saneamiento de los barrios.

Y en el área de salud específicamente, nosotros notamos un incremento sustantivo de la partida presupuestaria. Del 13,01% en que se encontraba pasa al 20,74% de la torta municipal.

Entonces, esto es lo que nos permite a nosotros desarrollar un programa destinado a la mejor utilización de estos mayores recursos y fundado en dos líneas conductoras: una, que es la reestructuración de una red de servicios de complejidad creciente a partir de la atención primaria de salud, red que se sustancia en la resolución de problemas a partir de la base de la pirámide hacia arriba; y la otra línea, que está dada por la democratización y la participación en todos los niveles.

La red de servicios se estructura a partir de la concreción de la Dirección de Atención Primaria, Dirección que no existía: en ese momento los centros estaban anarquizados, no había un nivel que centralizara este accionar, entonces aquí -y ya entramos en un juego de lo que es centralización y descentralización, pensando la centralización y la descentralización como dos caras de una misma moneda, como dos elementos de la misma contradicción, que los dos se necesitan- comienza en la atención primaria la centralización del área de atención primaria en la Dirección.

Pero, a su vez, comienzan una serie de talleres, de cursos, que tienden a la democratización del sistema, y a su vez, la participación de los ciudadanos a través de las instituciones que tienen formadas: vecinales, cooperadoras, de cada uno de los centros de salud, que le dan la característica de la participación a este modelo.

Centralización, descentralización, democratización y participación son formas que vienen progresando en forma de proceso, con una gran decisión política de que esto continúe. Y que está este proceso determinado, fundamentalmente,

por la decisión de las entidades menores, de las instituciones menores, de asumir cada vez mayores compromisos en función de la resolución de los problemas locales.

Esta democratización y participación se da también en las Direcciones Generales: la Dirección General de Atención Médica, donde se normatizan funciones para armar esta red de servicios. Pero, a su vez, se democratiza en función de la constitución de los Consejos Asesores en los establecimientos de salud, y se le da a la comunidad, a través de sus formas históricas -patronatos, cooperadoras, fundaciones- la particularidad de poder valorar, de que sus ideas sean escuchadas, y de que sus contribuciones no sean contribuciones, como históricamente se pensó, en lo económico, sino que además que esto pueda ser importante, las contribuciones sean en función de lo que la propia población demande.

En relación a las partidas presupuestarias, el dinero se descentraliza en cada uno de los establecimientos de salud, pero a su vez, dentro de los establecimientos se han constituido los Comités de Compras, los Comités de Adjudicación primero y de Recepción después, democratización.

Y la comunidad puede ver los libros, puede participar en el contralor del ejercicio, de lo difícil que significa la asignación de recursos y cómo se utiliza a los mismos.

En personal ocurre algo similar, existe una Dirección centralizada, pero a su vez, los establecimientos de salud van armando su estructura de personal. Y esto está ligado en dos aspectos fundamentales.

Por una parte, se ha creado la carrera de los profesionales de la salud, que está ahora en vías de implementación. Esto va a permitir que a nivel de los profesionales universitarios puedan tener su acceso, su ascenso, su permanencia reglamentada a través de los concursos, a través de los valores y del empeño que cada uno pone en función de la parte asistencial. Y esto tiene que ver también con el respeto de la carrera administrativa del resto del personal que trabaja en el equipo de salud.

Todo esto, que nos ha llevado bastante trabajo, porque partíamos de una atomización muy grande de todo el sistema de salud, a pesar de contar con numerosos centros, con seis hospitales y con 30 centros de salud -hoy, en la actualidad, tenemos 47 centros de salud-, en todo esto tuvimos una ayuda extraordinaria a través del CESS, el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario, que en su estudio preliminar fue realmente significativo el valor que esto trajo para la construcción de esta red y para la construcción de este modelo.

Nosotros estamos en una tarea que es la tarea de la construcción de este modelo municipal de salud. Lo municipal viene de antigua data, tiene en Rosario antecedentes finiseculares. Se ha construido todo un modelo municipal. Esto tie-

ne que ver con una responsabilidad que fue tomando la institución municipal en la ciudad de Rosario.

Pero el proyecto y el proceso de engrandecimiento de este sistema está dado, fundamentalmente, por la descentralización y por la democratización y participación del equipo de salud y de la población.

Existe una férrea convicción de la necesidad de que este proceso se vaya dando; esto no es blanco o negro, esto se va dando. Parte de una decisión política de que esto ocurra, y en tanto y en cuanto la capacitación de los equipos en cada uno de los establecimientos, en tanto y en cuanto la comunidad comience a ser partícipe protagónica de los establecimientos, esta situación se va dando, y creo que en poco tiempo vamos a tener resultados mucho más favorables de los que hoy tenemos.

Pablo Bonazzola: Continúa el doctor Flores.

Eduardo Flores: Fundamentalmente me voy a referir a algunos aspectos legales y administrativos que hemos considerado muy importantes para las bases del proceso de modernización y descentralización.

Con fecha 23 de abril de 1992 se aprobó por Decreto Nº 659 el "Documento base para la modernización del aparato administrativo de la municipalidad de Córdoba".

"El intendente municipal de Córdoba, en acuerdo general de secretarios, decreta:

Artículo 1º: acuérdate el 'Documento base para la modernización del aparato administrativo' el que, con siete fojas útiles, forma parte del presente decreto.

Artículo 2º: establécese el plan de acción para la modernización de la administración, el que constará de los siguientes programas y subprogramas..." que es en lo que nosotros estamos trabajando; está todo escrito y yo he dejado algunos de estos dos documentos acá afuera para el que los quiera tener como información.

El primer programa que consideramos importante es el de simplificación administrativa, que tiene -a su vez- una serie de subprogramas como los siguientes: sistema de información para la gestión -ya que creemos que es muy importante la información para la gestión-, sistema de planificación y evaluación, sistema de desarrollo del personal, reestructuración y formalización de la estructura orgánica y funcional.

El segundo programa -el primero es el Programa de Simplificación Administrativa- es el Programa, propiamente dicho, de Descentralización y Desconcentración.

El tercer programa es el Programa de Privatizaciones, Concesiones y Partici-

pación Ciudadana, y el cuarto programa es el Programa de Fortalecimiento de las Relaciones Intergubernamentales.

Para la consecución del Plan, en el término de cinco días a partir del 23 de abril, comenzaron a funcionar en el área de cada Secretaría -que son siete en el departamento ejecutivo municipal de Córdoba y la Asesoría letrada- designaron un representante sectorial titular y un suplente, los que forman la Comisión de la Reforma del Estado Municipal. Cada representante corresponde al nivel de subsecretario, y los suplentes al de subdirector o asesor, o sea, son representantes con un nivel de máxima decisión política, y son comisiones chicas, donde trabajan ejecutivamente y donde la gente que está allí no tiene que consultar a otro nivel la decisión: tienen mandato para decidir.

A su vez, estos representantes tienen plazos fijos que ya se han ido concretando. Córdoba es un municipio de 500 kilómetros cuadrados de superficie, con 1.250.000 habitantes, con un centro -en la parte central de la ciudad- muy difícil de acceder: acá está un plano, un mapa de la ciudad. Y nosotros, a partir de esta comisión, que trabajó en el término de prácticamente dos meses, en puntos rojos están definidos los lugares de los centros de participación comunal que van a operar como minimunicipalidades, cuatro de los cuales están ya en construcción. En estos centros hay un área específica destinada al sector salud.

Esta es una imagen gráfica de cómo están los centros, tienen todos el mismo tipo arquitectónico de construcción, cuestan 1.200.000 pesos y la cifra de la inversión presupuestaria para esto que se comparte entre todas las secretarías del departamento ejecutivo para los diez centros está ya aprobada en una ordenanza de presupuesto, que es un anexo a la ordenanza de presupuesto del año 1991. Los cuatro primeros están ya en vías de construcción y en el término de 12 meses Córdoba va a tener estas diez minimunicipalidades.

Hemos considerado muy importante encuadrar todo este programa en cuatro acciones fundamentales.

Una de las acciones es la de formación del consenso ciudadano. Nosotros damos mucha importancia al tema de la participación y del consenso en todo lo que es modernización y descentralización. En el librito tienen los objetivos de este grupo de trabajo y las acciones a desarrollar.

A otro grupo de acciones que le hemos dado mucha importancia es a la formación del grupo de trabajos de recursos humanos, también con sus acciones, objetivos y acciones a desarrollar.

Otro grupo es aquel que trabaja en la estructura orgánica y procedimientos que también está detallado, y por último el cuarto grupo es el grupo de trabajo de programación, presupuestación e información, con sus objetivos y tareas a desarrollar.

En el área de salud, Córdoba tiene 57 centros dispensarios de primer nivel de atención, donde se brinda consulta externa de las cuatro -prácticamente- especia-

lidades básicas. Tiene centros de segundo nivel de atención: la Dirección de Especialidades Médicas, la Dirección de Medicina Preventiva, el Servicio Odontológico Municipal, la Dirección de Control Alimentario y Ambiental.

Y tiene dos hospitales de tercer nivel, de complejidad máxima, el Hospital de Urgencias, que es un hospital que atiende prácticamente todas las emergencias, y el Hospital Infantil. O sea, todo esto del área de salud está también previsto en este documento base y en este manual, y nosotros creemos que en el término, nuestro programa dura un año, es un programa de apertura de una gestión de cuatro años, y creemos que vamos a ser probablemente los que echemos las bases para el futuro desarrollo final de todo este impulso que estamos dando.

Sabemos que necesitamos tiempo, y hemos trabajado fundamentalmente en la planificación de esto, no sólo en lo que prevemos como resultado, sino en nuestros escritos: al cabo de cuatro años va a estar esto a disposición, vamos a relatar fundamentalmente cuáles son las dificultades para lograr todo esto, para que esto pudiera servir de aporte a municipios que tuvieran características similares. Muchas gracias.

Pablo Bonazzola: Continúa el doctor Pletz Neder.

Carlos Alberto Pletz Neder: Como yo había dicho, el proceso de la Constitución en 1987 permitió que muchas conquistas fueran incorporadas al texto de la Constitución. Se definió entonces la existencia de un sistema único de salud en el Brasil, que articula todos los equipamientos del área pública, delimita cuál es el papel de la iniciativa privada en relación con ese sistema único de salud.

A través de la Constitución se hace verdad la designación de recursos públicos para la iniciativa privada, con algunas pocas excepciones previstas en la ley, porque la práctica anterior era la designación de recursos públicos para la iniciativa privada sin un sentido de acuerdo (...) sea para equipamiento de los hospitales o también para su propio funcionamiento.

Ese sistema único de salud prevé la participación complementada con la iniciativa privada de esos... requisitos básicos del sistema único. Prevé también la existencia de conferencias a nivel nacional, estatal y municipal para la definición de las políticas de salud, y también los consejos de salud, a nivel nacional, estatal y municipal, siendo estas instancias máximas de decisión dentro del sistema único de salud.

En el caso del estado de São Paulo y de la ciudad de São Paulo, me gustaría dar algunos datos.

El estado de São Paulo tiene cerca de 32 millones de habitantes. La ciudad de São Paulo, 12 millones de habitantes, y un área geográfica de cerca de 1.500 kilómetros cuadrados.

Como existía toda una organización de la población antes de la victoria de la prefecta Luiza Erundina, ya había una tradición de organización de los movimientos populares y de elección de consejos populares a través del voto directo de los pobladores para fiscalizar y participar de las decisiones dentro de las secretarías de salud del estado y del municipio.

Lo que cambió con la elección de la prefecta Luiza Erundina fue que esos movimientos populares, que esos consejos populares, tuvieron su estatuto aprobado y publicado en el *Diario Oficial*, de tal forma que estos pasaron a ser reconocidos oficialmente, siendo entonces una forma legítima de participación autónoma independiente de los movimientos. Los seguimientos fueron hechos por los propios miembros de la población.

Por otro lado, el gobierno procuró crear otros canales, otros mecanismos de participación, de democratización del aparato del Estado, por creer que era correcto incentivar y apoyar la organización independiente de los trabajadores, de la población, también era necesario democratizar el aparato del Estado, abrir a la participación de la población y la información para que ésta pudiese también incorporarse al proceso de toma de decisiones.

En ese sentido, al nivel del gobierno municipal fue creado el Foro de la ciudad de São Paulo, con la participación de las centrales sindicales, de los trabajadores, de los empresarios, de la población toda y también de la representación del gobierno. Y ese Foro de la ciudad de São Paulo discute las cuestiones de mayor importancia y las decisiones que deben ser tomadas en todo momento en la ciudad.

Aparte de eso, en cada secretaría fue constituido un consejo sectorial. En nuestro caso, el Consejo Municipal de Salud, también con representación de los organismos públicos, privados y de toda la sociedad civil.

Nosotros ya realizamos dos Conferencias Municipales de Salud, y ahora en los días 17 y 18 de septiembre estaremos llevando a cabo, con cerca de 3.000 a 4.000 participantes, la Tercera Conferencia Municipal de Salud. Y la Conferencia Municipal de Salud, que deje un Consejo Municipal de Salud, que es la instancia máxima de decisión de la Secretaría, por encima inclusive del secretario, porque tiene poder deliberativo.

Además de esto, fueron constituidos los Consejos Gestores, que son consejos tripartitos -o sea, con la participación de la población, de los trabajadores de la salud y de la representación del gobierno-. Actualmente, nosotros tenemos cerca de 150 Consejos Gestores organizados en la Secretaría de la Salud, en un total de 250 equipos de salud.

Por lo tanto, no tenemos un Consejo Gestor en todas las unidades, pero ya fue un avance significativo, porque la mayoría de las unidades básicas de salud ya tienen su Consejo Gestor.

La democratización y la descentralización se hicieron simultáneamente. La ciudad de São Paulo, que antes estaba dividida -su Secretaría- en un área hospitalaria y un área ambulatoria, debió efectuar la integración de esas dos áreas a través de la división de la ciudad en diez administraciones regionales de salud. Cada administración regional de salud corresponde a un área de un millón de habitantes y que, en un segundo paso, fueron subdivididas en 32 distritos de salud, que son los que tenemos hoy en la ciudad de São Paulo.

Las diez regionales de salud fueron transformadas en unidades presupuestarias que deciden y aplican sus propios recursos financieros y, hoy, los 32 distritos de salud poseen también sus unidades presupuestarias, y para el presupuesto de 1993 tenemos cerca de 24 distritos de salud ya con unidad presupuestaria, que hacen su propia política de compra, su política de gastos, su política de recursos humanos, porque fue muy difícil romper la centralización excesiva que existía en el mecanismo municipal, consiguiendo en un primer momento que hubiese una descentralización de la ejecución presupuestaria y financiera para la secretaría y después internamente en la Secretaría.

También en la política de recursos humanos. Hoy, la Secretaría de Salud realiza sus propios concursos y, con eso, pudo pasar de 23.000 funcionarios que tenía en 1989 a 39.000 funcionarios que son los que tiene hoy, de los cuales el 85% ya fueron concursados, aprobados en concurso y tienen, por lo tanto, su situación regularizada dentro de la Secretaría, mientras que cuando asumimos, la mayoría de esos funcionarios era contratado a través de... de políticos, a través de influencia partidaria y no a través de concursos públicos que pudiesen afectar su calificación profesional.

Tuvimos avances bastante significativos en varias áreas, que podrían ser relatados, ya sea la construcción de seis nuevos hospitales para la ciudad de São Paulo, ya sea la ampliación de más de treinta unidades básicas de salud, o la creación de un conjunto de servicios y acciones de salud, destinadas a la salud mental, a la salud de los trabajadores, a la de la mujer, de los niños, de los deficientes, que no hacían parte de la tradición de la Secretaría de Salud, que era una Secretaría volcada básicamente a la asistencia médica individual y no volcada a acciones de salud colectiva y a una práctica de atención integral de la salud.

Por lo tanto, fue abierta la Secretaría a un trabajo conjunto con las Universidades, con la cooperación italiana y con la ciudad de Toronto -Canadá- dentro del movimiento ciudades (...) para que nosotros pudiésemos trabajar fuera de las unidades de salud, integrando la prevención, la promoción, la cura y la rehabilitación dentro de una nueva filosofía de trabajo, cambiando por lo tanto las acciones programadas. Gracias. (*Aplausos*).

Giorgio Solimano: Es muy estimulante y esperanzador escuchar al colega de

São Paulo, porque indudablemente que estos son procesos que llevan tiempo y que, si se conducen como es el caso del Estado y de la Municipalidad de São Paulo, pueden mostrar los logros que nos están mostrando.

Digo esto porque en Chile, en el año 1989, la elección presidencial y la elección parlamentaria nos encontró a la Concertación de Partidos por la Democracia -que es la coalición que actualmente gobierna en Chile- con un programa de gobierno y con un programa de salud bastante bien trabajado, elaborado, pero con una tarea gigantesca por delante: el transformar el Estado que dejaba el régimen autoritario en un Estado democrático, en un Estado que privilegie las políticas sociales. Es un proceso que va a tomar bastantes años en Chile.

Dentro de este programa de salud de la Concertación, la estrategia de atención primaria en salud obtuvo altísima prioridad, y fue un período en el cual no sólo los profesionales de salud sino que las organizaciones sociales, las organizaciones no gubernamentales que florecieron durante el período de la dictadura contribuyeron notablemente a la conformación de esta estrategia de atención primaria en salud como un elemento orientado al mejoramiento de la calidad de vida y en una concepción intersectorial de salud.

Se produjo el cambio de gobierno, e indudablemente que es en esta área donde el gobierno muestra mejores y mayores realizaciones en el campo de la salud. Pero, en un contexto en el cual seguimos funcionando dentro de las reglas del juego establecidas por el gobierno anterior. Es decir, se mantiene la Constitución del año 1980, se elige un Parlamento en forma no representativa y la oposición al actual gobierno mantiene una situación, especialmente a nivel del Senado por la vía de nueve senadores designados por el antiguo mandatario, que no permite hacer (...) años y medio del gobierno actual se ha podido efectuar una elección municipal en Chile para elegir alcaldes y concejales. Es decir, en lo que se refiere al gobierno municipal, durante dos años y medio, porque sólo van a tomar posesión el 27 de septiembre, durante dos años y medio el gobierno de transición a la democracia ha tenido que operar con las reglas de juego -a nivel del gobierno municipal- del régimen anterior. Por lo tanto no ha existido democracia municipal.

Y en ese contexto hacer salud es extraordinariamente difícil. Y los logros que se han hecho en un sistema en el cual la población se encontraba -y todavía se encuentra- profundamente insatisfecha, hace la tarea aún más difícil.

Sin embargo -y aquí yo quisiera enfocar el resto de esta presentación un poco a lo que es la situación actual, y después en la tercera tal vez proyectar un poco cuáles son las posibilidades- nos lleva a decir que lo que se ha hecho en el campo de la salud, hasta ahora -como hemos dicho nosotros- "alcaldizada" y no municipalizada propiamente como tal, tiene que ver mucho con una mayor asignación de recursos, recursos que se entregan en forma no adecuada, porque hay todo un sistema de asignación o de pago de prestaciones por prestaciones y no por

población asignada y mucho menos per cápita.

Se han hecho esfuerzos de modificación de una situación del personal que trabaja a nivel municipal bastante grandes, porque el deterioro en las condiciones de trabajo, el deterioro en las dificultades de una política de recursos humanos han sido extraordinariamente grandes. Y sólo en este momento se encuentra en el Parlamento un proyecto de ley que permite normar el sistema de atención primaria y -muy especialmente- las condiciones de trabajo del personal de salud, que progresivamente se transformó en un personal de segunda o tercera categoría, frente a las opciones del perfeccionamiento y del trabajo no sólo en los hospitales del sector público sino -como vamos a ver esta tarde- en un muy atractivo sistema privado, que drena, que absorbe, que extrae del sector público el personal mejor calificado.

Es decir, cambio de la asignación de recursos y mayores recursos, mejoramiento de las condiciones del personal, extensión y ampliación de los sistemas de atención, por lo menos para cubrir la profunda insatisfacción de la población frente a horarios, frente a demanda que supera la oferta de servicio.

Y un esfuerzo muy grande también para -manteniendo este proceso de descentralización, de autonomía a nivel municipal- evitar la mayor fragmentación entre el nivel primario de atención y el nivel secundario y terciario de atención, que es otro problema y que me imagino que sería un tema bastante interesante de analizar, porque la descentralización tiene ventajas, pero también tiene dificultades, especialmente cuando se trata de los sistemas de referencia y contrarreferencia del paciente en sistemas de administración separada.

La participación de las organizaciones no gubernamentales en el logro -como digo- de una mayor capacidad y atracción del personal hacia los servicios municipalizados son, indudablemente, los logros que se han conseguidos en estos dos años en este contexto de trabajo en Chile. Pero tenemos que decir que las modificaciones profundas, los cambios estructurales, la efectiva descentralización para que el municipio adquiera la autonomía y la capacidad de gestionar la salud, en Chile todavía no se da, por las condiciones que planteé anteriormente y que tienen que ver con la reforma del Estado propiamente.

Tabaré González: Yo, para tratar de ordenar el acontecer de este período de dos años y medio, quisiera hablar básicamente de un período que se inició en febrero de 1990 y que, por supuesto, tiene para largo rato para poder llegar a madurar, hablar de tres períodos.

Un primer período -como dije- correspondió a la puesta en funcionamiento de la zonificación, de la regionalización, de las 18 zonas y, progresivamente, tratar de ir instalando en cada una de ellas, de una manera diversa, 18 centros comunales zonales.

Ya esta primera acción tuvo un período de dificultades de tipo político, porque hubo un recurso que interrumpió por 60 días la puesta en vigencia de este proceso. Y lo menciono porque, por ejemplo, justamente es que en el seno de este proceso de descentralización buscando la profundización democrática y la participación, buscando la mejor capacidad de conocer la necesidad de una realidad heterogénea como es cada vez más claramente heterogénea la realidad de nuestras ciudades, y también pulsar más claramente cuál es la fuerza de la demanda, del reclamo por parte de la población, de sus prioridades, en este proceso estaba inserto también el componente salud.

Y estaba inserto a través de algo que fue definido en nuestro programa como un Programa de Atención Zonal, el PAZ. Partiendo de la base de que este programa tratara de ser un factor para contribuir a formar la base de los sistemas locales de salud. Digo esto porque, en la realidad uruguaya, desde el punto de vista de la atención a la salud, básicamente hay una estructura muy importante de cobertura de salud individual que es el sistema mutual, muy en crisis, o sea, de pre-pago, que engloba también el seguro de atención para el asalariado, público y privado, y el sector público está básicamente, históricamente, en manos del gobierno central a través del Ministerio de Salud Pública, con un sistema que está en la más profunda y terrible crisis.

La presencia municipal en materia de salud estuvo, en el caso de Montevideo, muy fuertemente marcada en la historia del municipio de Montevideo por su peso, décadas atrás desde el punto de vista higiénico-preventivo, y hay una larga historia del municipio en esa materia, pero no había historia básicamente en materia de atención a la salud.

Y hoy, esa historia está básicamente fundada en el desarrollo del primer nivel de atención, o sea, la municipalidad en este momento, que ha llegado a tener funcionando 20 policlínicos a nivel de 14 de las 18 zonas y ya puso en funcionamiento el convenio con la Facultad de Odontología de la Universidad, cuatro centros odontológicos de atención integral y tiene en programa poner seis más, prácticamente tenía algunas policlínicas sueltas que prestaban un tipo de atención a la demanda bien visto por los barrios que estaban servidos, pero sin ningún tipo de concepción programática de desarrollo.

En ese período, salud arranca con su presencia a través de equipos coordinadores de salud zonales que agrupan los recursos que existían, y toma en sus manos cosas fundamentales como por ejemplo, en el año 1990, el hacer una puesta en realidad de la situación inmunitaria de Montevideo, que en un país de alta cobertura inmunitaria, con tradición inmunitaria, resulta que Montevideo era el departamento con menos cobertura inmunitaria y, mientras se manejaban cifras promedio de 85 u 90% de cobertura, nosotros hemos detectado y acá está Wertheim, que fue un poco el padre de la iniciativa, hicimos una encuesta profunda

de tipo barrial a todo el departamento, y llegamos a tener zonas con coberturas del 50%, nada más.

Y estamos incluso trabajándolo, y hemos cotejado estos datos con otros datos de investigación de carácter socioeconómico y hábitat, donde hay fuerte correlación, para mostrar cómo, por ejemplo, la cobertura inmunitaria en las condiciones nuestras se transforma en un verdadero trazador de riesgo.

En ese proceso, ya actuó en forma clara la participación de la comunidad y, a través de estos temas, ya empezaron a realizarse las comisiones de salud en los centros zonales y a actuar directamente en la participación concreta en el relevamiento y en las movilizaciones para profundizar la vacunación y logramos pegar saltos significativos, tanto que en el año 1991 arranca una epidemia de sarampión en el país y en Montevideo fue una cifra inferior a la habitual en materia de casos detectados.

Y, en el año 1991, junto con la expansión del proceso de atención integral, con el desarrollo de programas de características muy especiales como detección de agudeza visual en los niños de las escuelas, como el desarrollo de programas de carácter específicamente al niño, a la mujer o al adolescente en distintas zonas de la ciudad, existe una relación entre el equipo municipal, donde su personal -la mayor parte de él, ya existente en cuanto a recursos profesionales- se reorienta y se recalifica una nueva actitud hacia la atención más integral a la población, con una acción muy positiva y a destacar en su comportamiento y se puede, junto con la población, desarrollar una excelente campaña de prevención contra el cólera, abarcando todos los componentes en la materia, campaña que sigue hasta la fecha y que hoy ya está trabajando en forma más centrada en los centros, en los puntos más críticos.

Ese proceso, entonces, va generando una consolidación -como aporte de salud, pero eso pasa en cultura y pasa en otras actividades- de la vida de los centros comunales zonales, que están estructurados básicamente en función de una resolución del intendente y que están presididos por un delegado del intendente, nominado por el intendente.

Los centros comunales en sí no tenían una presencia orgánica en la estructura municipal, que mantenía la estructura tradicional de los diez departamentos o secretarías, como ocurría en el municipio.

A principios de este año, segundo paso fundamental, se establece la puesta en marcha de una profunda reestructura del municipio. Se agrupan los distintos departamentos que generan obras y servicios a la comunidad en un solo departamento, se crea el Departamento de Descentralización, que preside y apoya el desarrollo de los centros comunales zonales, se transfieren ya a los centros comunales zonales más actividades, unidades de servicio y servicios enteros, tanto vinculados a acciones en carácter de política social, como es el pase de cultura, ca-

sas de cultura, las bibliotecas, etc., o -en materia de servicios- mantenimiento de áreas verdes, limpieza, recolección en algunas zonas especiales, alumbrado y, como decía Hermes, en esa combinación imprescindible de la centralización y la descentralización para avanzar más profundamente en que el contenido de la central sea esencialmente programático y normativo, de apoyo y de orientación. Buscando la equidad y el equilibrio es que, justamente, se crea una unidad central de planificación municipal que actúe como un elemento justamente conductor de ese proceso.

Y la tercera fase es la que está en discusión en estos momentos. Empezó ya un calendario de reuniones muy concretas, centro comunal por centro comunal, que van a culminar el ocho de agosto en un Foro de Descentralización que se convoca a iniciativa del ejecutivo comunal, de la intendencia, pero a través de una acción conjunta de una comisión polipartidaria, pluripartidaria, con las cuatro fuerzas políticas presentes de la junta departamental, o sea del deliberativo comunal, donde se está discutiendo cómo avanzar ya en las formas de la descentralización política para abrir cauce a la acción más directamente participativa en la gestión, en la creación de los concejos deliberantes zonales por parte de los vecinos.

La propuesta que ha aprobado el Frente Amplio en esta materia, tratando de combinar las instancias constitucionales y legales existentes, y no demorar a una reforma legislativa como requeriría el abrir pasos a esos fenómenos electivos de carácter zonal es, en las zonas de Montevideo, que tienen características urbanorurales, o sea, el noreste, el norte y el noroeste de Montevideo, al tener zonas rurales habilitan la conformación de lo que la Constitución llama "juntas locales", cosa que no está prevista para las zonas urbanas.

En esas juntas locales nuestra propuesta es, que son de designación del intendente sus miembros, de acuerdo a la Constitución, pero nuestra propuesta política es que aquellos cargos que correspondieran a nuestro sector político sean electos por los vecinos, no designados por nosotros. Y eso se lo estamos proponiendo a todas las fuerzas políticas.

De la misma manera, en las zonas que corresponden al sector más urbano, crearíamos comisiones delegadas, que la ley faculta también al intendente delegar funciones en las comisiones delegadas, de manera tal de dar un paso lo antes posible y antes de esperar transformaciones legislativas, constitucionales, para poner en marcha una estructura descentralizada con potencia fundamentalmente política y ejecutiva y que sea capaz de llevar adelante algo que también es un paso fundamental en marcha ya, y es que en el próximo ejercicio del año 1993, en nuestra propuesta de rendición de cuentas y proyecto presupuestario para 1993, los centros comunales tienen presencia como programa presupuestario.

Por lo tanto, tratamos de ir acompasando, por un lado, acciones concretas,

que permitan ir descentralizando los recursos municipales, por otro lado, abriendo cauce a la participación como objeto y sujeto de la ciudadanía y, tercero, creando elementos estructurales e institucionales que vayan transformando la estructura del Estado de una manera más concreta para que se haga realidad justamente el objetivo político de que la descentralización sea un instrumento eficiente de profundización de la democracia y de la participación.

Y, en cierta forma, una especie de alternativa diferente a lo que todo el mundo dice de la necesidad de la reforma del Estado, pero que la mayoría la pregonan como la jibarización del Estado o el achicamiento del Estado.

Nosotros creemos que la transformación del Estado pasa por la democratización del Estado y la descentralización, caminando hacia la democratización, no es la eliminación de las responsabilidades del Estado, sino que es la manera más eficiente para que esas responsabilidades se cumplan, conjuntamente con la comunidad que demanda. Gracias. (*Aplausos*).

Pablo Bonazzola: Pasaríamos a la última exposición de los panelistas, en la cual los mismos harían una suerte de conclusión, síntesis, expectativas con respecto a los procesos de descentralización a los cuales se han referido. Luego, los panelistas responderían a preguntas por escrito que la concurrencia quisiera formularles, así que, en este momento y quien no esté en un estado de congelamiento lo bastante avanzado como para no poder escribir, si quieren ir formulando las preguntas pueden ir acercándolas a la mesa.

Comenzamos entonces la última ronda con Hermes Binner.

Hermes Binner: Bien, es indudable que, ante la pérdida de vigencia del modelo sanitario, se formulan numerosas propuestas que tienen que ver con alternativas, válidas, por supuesto.

Tal vez la que más ha calado hondo en todos nosotros ha sido, desde Alma Ata, la propuesta de atención primaria. Siguiéron luego propuestas como la de los sistemas locales de salud, descentralización, participación. Y todas ellas, indudablemente todas válidas, han corrido un riesgo, que nosotros a veces inadvertidamente no lo hemos percibido, que es el que todas ellas no deben ser utilizadas como recetas, sino como modos o como formas de pensar, a partir de nuestras propias realidades.

Atención primaria, cuando quisimos aplicarla como receta, encontrábamos numerosas dificultades en la realidad, que era culpa de la realidad que no se adaptaba a nuestra receta. Y esto ha permitido que las nuevas formulaciones de atención primaria, y particularmente la que nosotros vivimos en la ciudad de Rosario, a partir de la resolución de los problemas, a partir de los problemas de la gente, coloca a la atención primaria en un nivel superlativo para resolver y para

comenzar a pensar nuevos modelos de salud ya con el fracaso de los modelos nacionales de desarrollo. Nuevos modelos de salud que parten de la realidad, que parten de las necesidades de salud de la gente. Que la gente, la gente concreta, real, comienza a tener presencia dentro de los programas y de los planes.

Descentralización también lleva consigo este problema. Cuando nosotros -y hemos leído tal vez muchas cosas de descentralización, fundamentalmente toda la literatura catalana alrededor de este tema- nos encontramos con que la realidad no corría de la misma manera, de la mano con estos problemas.

¿Esto qué quiere decir, que la descentralización no es viable? No, indudablemente que no. Esto quiere decir que es necesario, como siempre y como en todas las cosas, en todos los órdenes de la vida, partir de la realidad. Y la realidad nos define cosas. Y nosotros, a partir de decisiones sí políticas, que tienen que ver en este caso de la descentralización con la necesidad de crear un nuevo modelo que parta de nuevas bases, comenzar a pensar desde la descentralización y desde la realidad de la gente.

Digo esto porque estos temas de descentralización y centralización no son nuevos en nuestro país. A principios de siglo, con Emilio Coni, hubo una propuesta de centralización, una fuerte propuesta de centralización, que se concretó un poco a medias, pero fundamentalmente fue Ramón Carrillo quien le dio el sesgo más importante a través de una célebre frase que decía que el país es una única unidad de salud pública.

Luego vinieron algunas experiencias que tenían que ver más con la desconcentración, y que fueron de la mano de gobiernos de facto. Entonces se transmitió toda una falsa idea política, y con malos resultados, a través de quién era el que otorgaba la descentralización, y cómo se daba la misma.

Finalmente, creo que estamos poniendo en su lugar lo que es descentralización y lo estamos valorando, sopesando en función del real valor que tiene el hecho de descentralizar como fenómeno democratizador y como fenómeno de participación, donde comienzan a hacerse presentes nuevos actores sociales como es el propio equipo de salud y como lo es la propia comunidad, que es la que demanda finalmente los servicios.

Creo que realmente este fenómeno de centralización-descentralización o descentralización-centralización tiene un camino, que está dado por estas dos puntas: por un lado, la necesidad de la decisión política de hacerlo, no ya en función de oposición -del otro lado del mostrador, como a veces decimos-, sino desde quien tiene la responsabilidad política de hacerlo. Y en la otra parte, la demanda y la capacitación para asumir esta descentralización.

Creo que son dos aspectos necesarios, y, valga como contradicción, pero al final funciona, que, en el aspecto de la presencia de las direcciones generales, en la presencia del poder central está el factor más importante de la descentralización.

Quiero finalmente decir que, desde el poder político, históricamente se vivió la descentralización como un hecho de pérdida de poder concreto, pérdida de poder real.

Desde la óptica que nosotros planteamos, la descentralización, lejos de perder poder, valida a las conducciones políticas de salud. Y creo que esto es realmente importante, significativo que lo comencemos a valorar, a sopesar, porque la descentralización, con su cuota de democratización y participación, se convierte así en la herramienta válida para transformar este modelo de salud. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Eduardo Flores: Como reflexiones finales y, sin lugar a dudas, con mucha validez de las responsabilidades que tenemos como funcionarios públicos, plantearía este tema final desde el punto de vista de por qué hacemos, para qué lo hacemos. Pero fundamentalmente creo que una deuda que tenemos nosotros es cómo lo hacemos, no para establecer un modelo que pueda ser aplicado en todo el país, pero sí para establecer una experiencia que pueda -en aquellos lugares de condiciones similares- poderse replicar.

¿Cómo hacemos con 1.713 empleados en el área de salud del Municipio de Córdoba, cómo hacemos con el 11% del total del presupuesto global que corresponde al sector salud, cómo hacemos con un total de 6.880 empleados del municipio, sin entregar, sin privatizar tristemente, sin concesionar tristemente pero sí con optimización, cómo hacemos un cambio no sólo cuantitativo sino cualitativo?

Entiendo que éste es el gran desafío que afrontamos. Para ello, la propuesta es: ¿por qué y para qué lo hacemos?

Para brindar una más rápida respuesta a las necesidades de la población, para estar más cerca de los problemas que en las distintas áreas de la ciudad se presentan, para permitir una oportuna identificación de los problemas de los vecinos, para facilitar un más exhaustivo control de los aspectos bajo la competencia del estado municipal, para promover (...) con el relevamiento de necesidades, teniendo como variable las características de cada sector de una ciudad, con el diseño de las zonas geográficas en que se va a dividir la ciudad, sin descuidar los aspectos técnicos de la población a servir, de la facilidad de acceso y de los servicios que debemos brindar según la necesidad de cada sector. Con la evaluación de los recursos humanos y materiales necesarios para la descentralización, con la evaluación y diseño de los espacios físicos que van a albergar la descentralización, con el diseño del modelo administrativo-contable con que se van a desempeñar los centros descentralizados. Con la planificación de la desconcentración y descentralización de oficinas, servicios, funciones, pero fundamentalmente pensando en la descentralización de la decisión, y especificando claramente hasta

qué nivel de decisión se transferirá a los centros descentralizados. Con la programación de la implementación de las funciones, y fundamentalmente con el estudio de la eliminación y/o reestructuración de los sectores del nivel central de cada municipio, que no deben funcionar de la manera que están funcionando, y la consecuente reorganización de las funciones que se desprenden hacia los organismos descentralizados, efectuando una revisión y un análisis profundo de cada una de las secretarías y de su papel en la descentralización.

Este es el análisis que nos hemos planteado, ésta es la forma en que estamos trabajando, y creo que éste es el desafío que nosotros tenemos por los próximos tres años y medio de gestión. Nosotros estamos hace seis meses trabajando, hemos tratado de producir y de escribir los temas sobre los cuales hemos pensado, como una guía, pensando fundamentalmente en simplemente dos palabras, que creo -en nuestra opinión- significan mucho.

Tratar de trabajar de esta forma significa la diferencia que habría entre la organización y la improvisación. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Carlos Alberto Pletz Neder: En esta fase, donde la preocupación es saber cuál va a ser la continuidad, gustaría de recordar que el mandato de esta administración caduca ahora, el 31 de diciembre de 1992.

Nosotros tenemos elecciones municipales en el Brasil el día tres de octubre, que es el primer turno de las elecciones, y el segundo turno de las elecciones, en el que disputarán los dos candidatos más votados, el día 15 de noviembre.

Por lo tanto, es un período bastante difícil, porque si, por un lado, nuestra palabra de orden es la consolidación de un proceso de cambios, eso se hizo en un momento de inestabilidad política en el país en el ámbito federal por sucesivas denuncias en relación al problema de la falta de ética en la política y de la falta de principios en la administración de los bienes públicos.

Por lo tanto, es un momento difícil para que, en la práctica administrativa, podamos consolidar un proceso de cambio de valores, un proceso de cambios culturales, porque el trabajo que está siendo llevado a cabo no se mide, y no puede ser medido ni por la cantidad de hospitales, primeros auxilios, de ambulancias y médicos o de otros equipamientos y tecnologías incorporadas a la red de salud.

Más aun, en los cambios que se hicieron y que se están haciendo es fácil ver que hay una semejanza muy grande de preocupaciones en las diferentes regiones de las localidades; es un cambio cultural, de procedimientos, porque nosotros no podemos aceptar un discurso simplista de que la privatización es el único camino posible, de que un Estado mínimo necesariamente debe ceder a la lógica del mercado.

Por lo menos, en ese aspecto, en la discusión que se lleva a cabo hoy en el Brasil, entendemos que si, por un lado, es necesario descentralizar, desburocrati-

zar, racionalizar la máquina administrativa, por otro, el elemento determinante es el control social, no entendido como elemento del aparato del Estado sobre la población, sino exactamente como la acepción inversa, el control de la población, de los trabajadores sobre el Estado y sobre la asignación de los recursos que le fueron confiados a través de los impuestos.

Cuando la prefecta Luiza Erundina fue electa, nosotros no conseguimos la mayoría en la Cámara Municipal. Fueron tres años y medio de bloqueo político, de bloqueo económico y toda suerte de dificultades. Porque, después de que el proceso fuera constituido en 1978, de la constitución estatal en 1979, y de las leyes orgánicas municipales en 1990, se amplió -y mucho- el poder de las cámaras, del Congreso, o sea, del legislativo.

Y teniendo minoría en la Cámara la prefecta en su gobierno no consiguió aprobar algunos proyectos extremadamente importantes, como por ejemplo, el proyecto de la reforma administrativa, que reduce de 17 Secretarías actuales a sólo cinco, congregando todas las áreas sociales en una Secretaría de Desarrollo Social, congregando las áreas de tal forma que pudiésemos tener una simplificación y una mejor utilización de los recursos públicos.

También, la Cámara Municipal, en la mayoría conservadores, impidieron la formación de subprefecturas, a través de las cuales la prefecta tendría un conjunto de trece subprefectos administrando parcelas y sectores importantes de la ciudad, porque no tiene lógica que la administración se haga en torno de una sola persona.

Cuando digo cambios de valores, significa cambio cultural, sea esto mismo la comprensión del papel de la autoridad.

Nosotros no tenemos una prefecta de gabinete, nosotros tenemos una prefecta que está permanentemente en las calles, asociada a la lucha social. Nosotros no tenemos un gobierno omiso en relación a la situación política de nuestro país, y, exactamente por no ser omiso, exactamente por no ser subsecuente, este tiene el (...) de las (...) públicas que le están garantizadas por el texto de la Constitución.

Por lo tanto, para la gente, el desafío en ese momento, es el desafío de la consolidación del proceso democrático, lleva a la consolidación de ese cambio de valores, y todos los funcionarios de la prefectura y la garantía de sus pasos en la lucha política, por parte de los trabajadores, de los sindicatos, de la población, porque mismo hay una hipótesis que nosotros entendemos que debe ser considerada: la de una derrota electoral, dado que no se hicieron cambios tan profundos en apenas cuatro años de gobierno, pero estamos en condiciones más favorables de las que estábamos antes para lograr esas conquistas.

Aun más, lo que nos mueve en este momento es la voluntad política de ganar las elecciones sin el uso de la máquina administrativa, porque entendemos que el destacar el comportamiento ético en la política es fundamental en un momento

en el que nuestro país vive una seria crisis de credibilidad en todas las instancias que tocan a sus gobernantes.

Por lo tanto, en este proceso que nosotros pretendemos, los cambios en el área de la salud, en las áreas sociales, fueron la inversión de prioridades que hiciera nuestro gobierno: hoy en día, cerca del 46% de los recursos se vuelcan a las áreas sociales, cuando el máximo que se había alcanzado anteriormente era del 30% de recursos vertidos en áreas sociales. Cuando se gasta 15% del presupuesto de la prefectura en salud, sin ningún apoyo por parte del gobierno del Estado, no podemos entender una comprensión limitada y burocrática, que interese apenas el aspecto administrativo.

La misma carta del Fondo Monetario Internacional, la misma política de ajuste económico y financiero está siendo llevada a cabo en Brasil, y hoy se (...) la contribución de las empresas de seguridad social por un impuesto a las transacciones financieras. Nosotros no sabemos qué tipo de recaudación permitirá y si va a precisarse o no la manutención de una seguridad social, que articula salud, previsión y asistencia social e impone los mismos principios, que son los principios de la atención universal, integral, ecuánime a todos los trabajadores. (*Aplausos*).

Giorgio Solimano: En este tipo de debate, de mesa, uno puede beneficiarse de algunas cosas, para evitar las repeticiones. Yo quiero suscribir lo que han dicho los colegas en muchos sentidos para aprovechar el tiempo en presentar, o en entregar a ustedes algunos elementos de reflexión y de desafío, que creemos -por lo menos en lo que es la experiencia chilena- extraordinariamente importantes.

El proceso de efectiva descentralización y constitución de gobiernos locales o gobiernos regionales en nuestro país -y en el nuestro propiamente tal- involucra cambios en los comportamientos y en las prácticas de cada uno de nosotros.

Es mucho más fácil decir que queremos, que vamos a intentar, que llevar a la práctica estos procesos de descentralización.

Sociedades, culturas, prácticas políticas -y muy especialmente en el ámbito económico, donde han sido muy centralizadas y que le permiten a algunos manejar los recursos desde los niveles centrales- indudablemente van a crear grandes dificultades para descentralizar y entregar aquellas responsabilidades que llevan a constituir verdaderos gobiernos locales autónomos. Este es un primer punto, que yo creo que tenemos que tener bastante claro.

Un segundo punto tiene que ver con que la gestión de salud y programas sociales sólo son posibles en el contexto de un gobierno local democratizado, eficiente y participativo. Y yo creo que en los ejemplos que ya se han dado acá lo demuestran en la práctica.

Para aquellos que creemos en la profundización de la democracia, para aque-

llos que creemos en la importancia de la participación, éstas son condiciones fundamentales.

Creo que el aspecto que nos tiene que preocupar más es el de la gestión eficiente, porque aquí nuevamente encontramos grandes nudos y grandes dificultades para que esta gestión sea, realmente, eficiente. Y en el campo de salud, la constitución de instancias, de equipos, de relaciones propiamente tales que permitan la gestión local de un gobierno eficiente es una tarea que, en el caso de Chile, está todo por hacerse. Y queremos aprender, y debemos aprender de las experiencias de otras partes.

Un tercer elemento es que no todos los municipios son iguales. Aquí estamos analizando -yo no me referiría en especial- las experiencias de municipios de grandes conglomerados urbanos. Dentro de ellos persisten grandes desigualdades.

Pero también existen los municipios de conglomerados, de pequeños asentamientos urbanos y los rurales. Y nuevamente el riesgo es hacer un estereotipo y pensar que todas las municipalidades se administran igual. No es así, hay que tener mucha claridad y mucho cuidado, y especialmente en el caso del campo de las políticas sociales, en el caso nuestro de la salud, para reconocer las diferencias, las oportunidades, las limitaciones que estos gobiernos proveen, y -por lo tanto- aquí recojo lo que se decía antes, de que no hay recetas. Y lo importante es que haya capacidad para programar desde la base, capacidad de responder a las necesidades, a las necesidades reales de esa población con sus problemas.

Y, acaso, un tercer elemento tiene que ver -y muchas veces tendemos a olvidarlo- y es el aspecto financiero. La capacidad y la autonomía de los municipios para manejar sus propios presupuestos. Porque muchas veces se delegan muchas funciones, pero mientras no se delega el uso de los recursos, esa situación no se concreta propiamente tal.

Pero claro, hay municipios ricos, hay municipios medianamente ricos y hay municipios pobres, y el punto de cómo se establecen mecanismos de equidad y de solidaridad para que los programas sociales, especialmente en aquellos pobres -que son los que tienen los mayores problemas sociales, donde hay los más grandes problemas de salud- se financien adecuadamente, nuevamente es una situación que, en la práctica, es difícil, es compleja y tiene que ser enfrentada seriamente.

Yo creo que nuestros países han estado buscando mecanismos de compensar, de hacer más equitativo esto, pero indudablemente que no son suficientes.

Y, finalmente, necesitamos en el campo de salud, en forma concreta, enfrentar algunos aspectos que son también extraordinariamente importantes.

La relación entre municipalidad y sistemas de salud y población en un conjunto armónico, en una forma de participar y de gestionar el quehacer de los pro-

gramas sociales, en mucho, es una tarea que necesita ser realizada, aprendida, manejada en la mejor forma posible.

La preocupación por la calidad de la atención en salud en el nivel municipal y en el nivel de la atención primaria, yo creo que el énfasis lo hemos puesto mucho en la cobertura, en tratar de atender a la población. Pero, cómo se atiende, con qué calidad, qué tipo de servicios se le entregan a la población es una tarea también -por lo menos en el caso chileno- que es extraordinariamente importante y que está pendiente.

El aporte de otros prestadores y de otros agentes sociales y económicos que existen en las comunas y en las municipalidades, no puede ser olvidado. Esta no es una situación en la cual todos los recursos tengan que venir del Estado, o tienen que ser generados desde el sector público. Hay agentes económicos, hay industrias, hay empresas, hay prestadores solidarios, hay prestadores que están entregando servicios, un sistema municipal propiamente tal tiene que considerarlos a todos, para que realmente se entregue la mejor salud con el uso de todos los recursos.

La intersectorialidad a nivel comunal ya no es solamente la serie de principios o de postulados que todos compartimos, sino que, a nivel de la comuna, se hace una realidad. ¿Cómo se hace realidad una efectiva intersectorialidad para mejorar la calidad de vida de la población? Y por qué no decirlo -finalmente- los mecanismos de participación social.

Nuestros países han estado muy al margen, nuestras poblaciones por diversas razones: los gobiernos militares, (...) es raro el país que en nuestro continente no haya estado presente. El punto de una real participación de la población en un proceso en el que ellos son actores sociales y no simples proveedores de servicios, porque en salud también hemos cometido errores: llamamos muchas veces participación a que nos ayuden a hacer ciertas cosas. Ese no es el real significado y nuevamente nos va a tomar tiempo construir canales reales de participación.

En ese contexto, yo creo que la posibilidad de una efectiva descentralización, la posibilidad de gobiernos municipales, regionales o estatales con esas características constituye un desafío que se ubica un poco en el marco que el colega de São Paulo planteaba, de una voluntad política, de un proceso político de participación y de un desarrollo en el cual no podemos entregar todas nuestras banderas simplemente a mecanismos que se nos presentan muy atractivos en este momento, y muy eficientes, pero que dejan de tener la validez de una propuesta política y social como es la que nuestra gente necesita. Gracias. (*Aplausos*).

Tabaré González: Yo creo que es importante tener en cuenta lo complejo de esta tarea, de este objetivo, que ha quedado bastante claro en sus características y sus intencionalidades, su necesidad desde distintos ángulos, que es la de llevar

adelante un proceso de profundización de la descentralización de la participación ciudadana de transformación del Estado.

Y yo digo que es complejo este objetivo por el escenario del mundo que vivimos, porque avanzar en estos caminos significa reabrirle espacio a los aspectos más positivos del individuo y la sociedad, que son -justamente- los conceptos de la solidaridad, de la ética, de la responsabilidad, y esto vale para gobernantes, vale para trabajadores públicos, vale para -en el caso de los municipios vecinos- para ciudadanos, cada uno con su rol, desarrollando una real cultura de gobierno democrático, y desarrollando una real cultura de participación.

Y es complejo porque estamos cerrando este siglo con unas condiciones que empujan al exacerbamiento de los elementos individuales. Un poco en el marco de una crisis general, empieza a calar el "sálvese quien pueda", y "cómo yo me salvo".

Y si hablamos de problemas ambientales, en cualquier lado sí, pero no en el fondo de mi casa. Y esto lo percibimos, y no es sólo un problema de macropolíticas: lo percibimos en cualquier barrio donde hoy se genera -a veces con suficiente razón, a veces con demasiado nerviosismo- toda una angustia, una histeria en torno a tal fábrica o a tal cosa. Ya digo, muchas veces con tal razón y otras veces con exagerado nerviosismo.

Entonces, hay un punto complejo de dificultad que uno la puede medir desde afuera a adentro -yo les diría-: la puede medir desde las dificultades que tenemos en transformar hasta los aspectos más chicos de la estructura burocrática de las instituciones públicas -y no sólo públicas-, hasta las dificultades que existen en reorientar recursos para satisfacer lo que hoy es una cosa, a veces, agobiante, que es la enorme deuda acumulada -ya no hablo de la externa, sino hablo de la interna-, abriendo una grieta cada vez mayor entre la necesidad y la posibilidad de satisfacerla.

Y las dificultades que existen -por otro lado- de que, incluso en ese proceso de participación, la sociedad, los grupos humanos, los trabajadores, los vecinos, los distintos grupos funcionales logren articular adecuadamente lo que es una cultura válida, totalmente válida, de lucha por sus reivindicaciones con la cuota de aporte para las respuestas a muchas de las soluciones. En una contradicción permanente.

Entonces, si a eso le agregamos que en ese marco de esa crisis y de esos modelos económicos, en los cuales en definitiva se privilegian los macrocomponentes de la economía sin importar qué pasa desde el punto de vista de la deuda interna, de la deuda social, de la segregación de sectores importantes, cada vez mayor en la sociedad. Nosotros tenemos situaciones increíbles en aquel Montevideo lindo -disculpen el mensaje-: el 40% de los niños de Montevideo hoy nacen en los hogares que están por debajo de la línea de pobreza, que todavía sólo son un

14%. Y, en el período de 1975-1985, la acumulación de población en una ciudad que apenas crece, el 80% del crecimiento se dio en la segunda periferia, la periferia marginal. El 80% del crecimiento.

Entonces, frente a esas situaciones, uno se pone a plantearse también cómo juegan a crear elementos de dificultad esas macropolíticas en las cuales también se está falseando, distorsionando, escamoteando los roles, incluso hasta aquellos roles tradicionales de nuestras sociedades urbanas. Nosotros, por ejemplo, fuimos puerto, ciudad industrial, ciudad comercial, ciudad financiera, ciudad balnearia ¿Nos vamos a conformar en ser sólo una playa de servicios?

Yo digo todo esto porque me parece que, en el marco de un desafío que exige una profunda decisión y compromiso político -y llevarlo adelante-, hay que tener más o menos claro que este desafío que vale, que es imprescindible, tiene muchas fuerzas: chicas, medianas y grandes. Muchas que las tenemos dentro, y otras que las tenemos fuera que se enfrentan a llevar adelante, a lograr ese objetivo.

Por lo tanto, es un proceso, una tarea y una responsabilidad que exige: revitalizar la decisión política para llevarla adelante y unir cada vez más fuerzas, con mucha inteligencia, con mucha claridad, de la sociedad en su conjunto, porque esta es una tarea de todos, que no sólo se resuelve -como decían muy bien algunos de los miembros de esta mesa- con acciones de carácter administrativo, sin que esto vaya en desmedro de que un componente ineludible de todo este proceso -para que avance- es que demuestre realmente ser eficaz para ayudar a resolver los problemas que tenemos todos. Gracias. (*Aplausos*).

Pablo Bonazzola: (...) la mayoría de ellas orientada a uno de los expositores de la mesa. Hay dos preguntas generales: yo las leo primero para que los expositores puedan incorporarlas a las respuestas que den. Una de ellas dice “¿La descentralización supone también descentralizar o democratizar los recursos económicos: planes de salud, salarios, recursos humanos, etc., o eso sigue burocratizado?” Y después asevera: “Creo que las bases de la descentralización son objetivos claros y jerarquización”.

Y la segunda pregunta general dice: “¿Quién maneja el presupuesto: el nivel federal central o los responsables de cada uno de los hospitales, centros de salud o puestos sanitarios y en base a qué patrón se distribuye el dinero?”. Y pregunta también: “¿Quién establece las necesidades de recursos humanos y en base a qué criterios?”.

Estas dos son dirigidas en forma general. Yo diría que los expositores que tengan preguntas las incorporen a sus síntesis.

Hermes Binner: Bueno, voy a tratar de ordenar un poquito para hacer una respuesta general.

El tema del gasto creo que yo no he dicho que el gasto ha disminuido, el gasto se ha incrementado. Nosotros estábamos en un presupuesto del 13%, pasamos al 20,74%. Lo que tratamos de hacer es costos, y el incremento de la demanda significa que cada vez tenemos que ser más eficientes para que el tema del dinero alcance.

Uno de los problemas más difíciles en acción de gobierno es la asignación de recursos. Desde que está la decisión del intendente Caballero de destinar más recursos a salud, luego viene el problema hacia nosotros, y es la asignación de recursos dentro del sector salud. Entonces, esto tiene una direccionalidad.

Ya que seguimos con el tema éste, cada uno de los establecimientos de salud -los hospitales- tiene un porcentaje del recurso financiero (económico). Este 20,74% significa, mensualmente, 1.640.000 dólares dentro del sector salud de Rosario para los seis hospitales, los 47 centros de salud, el servicio de ambulancia, droguería central, laboratorio central, odontología central, etc., etc.

La distribución de este dinero se hace en función, es una distribución fluctuante, es decir, se puede discutir en períodos, pero básicamente está dada por la característica del establecimiento de salud, por el rol que debe desempeñar dentro de la red, y entonces existen cifras bastante extremas, como -por ejemplo- el Hospital Alberdi, que recibe el 2% y el Hospital Clemente Alvarez -que es el de máxima complejidad- que recibe el 32% de este presupuesto.

O sea que esto les habla a ustedes de que la distribución es en función -digamos- del perfil que va adquiriendo cada uno de los establecimientos.

La otra pregunta va dirigida a cómo esto se verifica, cómo esto se administra y controla. Existe una Dirección de Administración y Control, dirección general, y esto se deriva en las administraciones de cada uno de los establecimientos. Y dentro de los establecimientos -que compran sus insumos- se estableció el Reglamento General de Compras, que tiene que ver con la Comisión de Adjudicación y con la Comisión de Recepción de los insumos demandados por la comunidad, en la cual participan estos comités, estas comisiones, gente de dirección, de la parte administrativa y de quien va a utilizar este insumo.

El tema, para globalizar también, de la descentralización y participación (...). Nosotros hemos, (...) esto es una decisión que se va a asumir como proceso. La Secretaría de Salud Pública está democratizada; existe una reunión semanal de todas las direcciones generales, en la cual se planifican las tareas, se evalúa. Luego, cada una de las direcciones generales tiene con sus directores de área: Dirección General de Atención Médica con los directores de los establecimientos de salud, Dirección de Programación y Coordinación con su área específica, lo mismo con Administración y Control y con Personal; y a su vez, los establecimientos -por el nuevo reglamento general de hospitales que hemos creado- está previsto, y funcionan, consejos asesores, que son entidades de consulta obligada, no

vinculantes, de la dirección del hospital. Esto permite, agilizar todo el proceso democrático dentro de la Secretaría del área.

Y el tema de la participación. Nosotros hemos partido de respetar a todas las instancias representativas o participativas que la comunidad históricamente se ha dado, desde el viejo Patronato de Damas -que data del siglo pasado, por supuesto que las damas fueron cambiando- (*risas*), las cooperadoras, las fundaciones.

Las cooperadoras, por ejemplo. Ha habido una transformación interesante, sobre todo en los hospitales medianos, no en hospitales de alta complejidad, hospitales medianos, que está integrada fundamentalmente por usuarios del hospital. Y ellos tienen el contralor del hospital, es la parte, digamos, de la comunidad que tiene acceso a los planes directores del hospital, tiene acceso al manejo del dinero del hospital, tiene acceso a los comités de compras, a los comités de adjudicación, y opinan. Y su opinión tiene mucho peso dentro de la dirección de los hospitales.

Hay una pregunta que va dirigida al tema de atención primaria: si nosotros recibimos apoyo del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Realmente tuvimos, en los dos primeros años, una experiencia bastante negativa en el tema de atención primaria: una fuerte competencia entre el sector público provincial y el sector público municipal. Y, en el último tiempo, hay una corriente de diálogo que hace abrigar las esperanzas de que podamos lograr acuerdos en esta área tan importante de la salud. Y básicamente la discusión está dada por la necesidad de despartidarizar los centros, los centros de salud que están en los barrios de la ciudad.

Si nosotros logramos que la gente se vaya integrando, a través de la necesidad política de participar en salud, esto va a ir cambiando sustantivamente, y esta discusión que se ha dado -hoy con menor intensidad- pero a nivel de los representantes o los responsables de cada una de las jurisdicciones, bajado al nivel de la realidad, la gente no pregunta de qué partido está el área municipal o provincial o de qué corriente ideológica, sino que lo que quiere es tener un lugar donde pueda satisfacer sus necesidades de salud.

Eduardo Flores: Una de las preguntas está referida a si es esencial crear nuevos espacios -estas minimunicipalidades- dada la escasez de recurso material que existe en este momento de políticas de ajuste.

Dentro de lo que es el manejo de un presupuesto municipal, que deriva fundamentalmente de los tributos y aportes que los mismos vecinos pagan y el municipio debe devolver en servicios, nosotros durante estos seis meses hemos recorrido prácticamente todos los barrios de la ciudad y hemos encontrado, como una cosa muy importante y que se palpa en el sentimiento de la gente, tener estos lugares donde puedan reunirse.

En este aspecto, el intendente Martí que es un hombre de la salud -es odontólogo-, y que ha estado muy en contacto con los vecinos, dividió algunas cosas, y obras que se ven: hay edificios que están sobre la superficie de la tierra. Hay otros como las cloacas, desagües pluviales, que están enterrados, que no se ven y que son tan importantes o más, a veces, para el mantenimiento del saneamiento de una misma ciudad.

Este tipo de edificios la gente lo pidió. Hay otros programas que hacen -por ejemplo- mejoras de las calles, del agua potable, de las cloacas, todo esto que relaté, pero la gente pidió mucho un lugar donde reunirse. Entonces, yo he tratado de describir acá que estas minimunicipalidades van a servir para brindar servicios municipales que los vecinos demandan además de prestaciones también en combinación con entes nacionales, con entes provinciales y con privados, con sectores privados.

Va a ser también un espacio físico de reunión donde van a participar los vecinos junto con las autoridades en la solución de los problemas. Y desde donde se va a pensar y construir la ciudad desde la perspectiva del hombre que la vive.

Allí también se va a encarar el planeamiento regional, por estas realidades propias que a veces son distintas en diferentes barrios de la ciudad, para mejorar la articulación entre los barrios. En aquellos barrios cercanos a otros municipios de la parte periférica, acciones intercomunales, con el concepto de área metropolitana, donde confluyen municipios vecinos para distribuir equitativamente los costos de obras que, afrontados en común, permiten un mejor aprovechamiento de los recursos. A ver si esto lo estamos conversando también con algunos municipios de los vecinos más chicos, de lo que hablaba el colega de Chile, de estos municipios con menos posibilidades de grandes inversiones, y que pudiéramos encarar obras en común.

Esta es una de las preguntas, no sé si está presente la persona y si está satisfecha con lo que he respondido, cual ha sido la respuesta. Creemos que la inversión, el monto de la inversión no es tanto, y los beneficios pedidos por los mismos vecinos exceden con creces la inversión.

Además, la inversión para esto se saca del presupuesto global de obras públicas, de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Obras Públicas, que ha definido esto como una prioridad y que ha sido solicitada por la misma gente.

La otra pregunta es aclarar si el tipo de descentralización propuesta implica también descentralización administrativa.

Creemos que sí, si no sería simplemente una desconcentración de algunas acciones hacia la parte periférica, sin el traslado correspondiente de los recursos y sin los niveles de decisión que significa una verdadera estructura administrativa. Esto rotundamente lo contesto como sí, que también concebida desde este aspecto administrativo y con traspaso de los fondos correspondientes, y además agre-

go que, en estos centros, van también a -estos centros descentralizados- desarrollar actividades... Dice "¿Cómo se las concibe?". Se las concibe para prestar servicios municipales, servicios provinciales, nacionales y privados. Y además, acciones de promoción social, actividades culturales, educativas y de capacitación no formal, solicitados por los mismos vecinos. Y, coincidentemente con la pregunta anterior, es un espacio físico donde puede reunirse la gente para tratar en común -y la mayor parte de las veces, que nosotros podamos, porque nos constituimos en los diferentes barrios, los respectivos gabinetes de cada Secretaría se constituyen a conversar con los vecinos- para tratar con ellos allí todos los problemas comunes.

Pero vuelvo a repetir algo que dije antes: nuestro criterio es la ciudad desde la perspectiva del que la vive, no desde nuestra propia perspectiva. Nosotros también vivimos la ciudad, y somos, hemos sido elegidos para administrar lo que los vecinos aportan para el crecimiento de su propia ciudad, pero queremos también, además del órgano legislativo, del Concejo Deliberante, de las organizaciones no gubernamentales, de los centros vecinales, de los entes cooperativos y del propio departamento ejecutivo escuchar la opinión de todos.

Como idea final, nosotros creemos en este tipo de participación, y estamos más dispuestos -quizás mucho más dispuestos- a escuchar a los vecinos a que ellos nos escuchen a nosotros. Ellos también nos escuchan, pero creemos que es muy importante este mecanismo. Muchas gracias.

Carlos Alberto Pletz Neder: Fueron hechas tres preguntas. La primera es respecto a los trabajadores de la Secretaría. La situación de ellos, como dije, eran 23.000, hoy ya son 39.000 y concursados. La faja salarial: por ejemplo, médicos, el período integral está en el orden de 1.150 dólares, y recibe un adicional del 30 ó 50% si trabaja en las secciones periféricas de la ciudad, en los barrios más distantes.

Las demás categorías del nivel universitario, en el orden de los 650 dólares por jornadas de 40 horas semanales, y un adicional del 30 ó 50% dependiendo del lugar de trabajo. El nivel operacional, personal operacional, en el orden de 190 dólares más 30 ó 50% dependiendo del lugar de trabajo.

No sabría decir si eso es bueno o (...). Lo que podemos hacer es que, desde el punto de vista de la situación de la ciudad de São Paulo, son valores compatibles (...) en el mercado, y tiene permitido la Secretaría mantener sus salarios trabajando en la propia Secretaría. En un comienzo, cuando nosotros asumimos, había una falta muy grande de funcionarios y una dificultad de regimenter personal una vez que la iniciativa privada pagaba salarios mejores.

Progresivamente, se fue mejorando la remuneración de los funcionarios, y hoy nuestros concursos han sido bastante competitivos. En el último concurso

que hicimos tuvimos 27.000 personas aprobadas que aguardan su nominación en función de la creación de cargos en la Cámara Municipal. Evidentemente que no los 27.000, pero sí la cantidad necesaria en función de la apertura de un hospital ahora en agosto, el Hospital de la (...) María.

También en la pregunta de los trabajadores se preguntó cuál era su participación y si hubo mejoras en las condiciones de trabajo. No sólo fueron construidas nuevas unidades, nuevos hospitales, sino que también todos los hospitales pasaron por reformas extremadamente importantes en el sentido de la mejora de las condiciones de trabajo. Fueron incorporadas nuevas tecnologías, de tal forma que se pudiera dar una atención integral de forma jerarquizada, y también los insumos necesarios ya que habían ocurrido faltas de medicamentos, falta de insumos, que normalmente ocurrían. Por lo tanto, hubo una mejora importante en términos de las condiciones de trabajo.

Se pregunta también por la participación de los trabajadores. Nosotros enfrentamos mucha resistencia por parte de los trabajadores en la medida en que ellos entendieron que los consejos gestores serían mecanismos de cooptación política, que quedaría en ellos la libertad de su organización independiente.

Ya teníamos una experiencia anterior, en relación a los Consejos Populares de Salud, cuando la población eligió sus consejos antes de este gobierno, y una parte significativa de los sectores progresistas cuestionaba si la participación de las amas de casa, de las trabajadoras, junto al gobierno, no sería una forma de colocarlas a trabajar gratuitamente para el gobierno.

Es evidente que no fue esa la propuesta y no fue eso lo que aconteció a lo largo de los años. Hoy tenemos un conjunto muy grande de organizaciones populares, que permitieron inclusive que los últimos consejos hayan sido electos por más de 200.000 votos de la población de los barrios, sin que haya ningún mecanismo de aprisionamiento o de cooptación política.

Por parte de los trabajadores, ellos tenían muchas dudas acerca de si deberían participar de esos consejos gestores. Pasados tres años y medio, han hecho (...) de que haya habido una participación progresiva de los trabajadores, sin que esto sea (...) de su organización sindical, o de las comisiones sindicales de barrio, que son las formas de organización independiente.

También fueron instituidas algunas gratificaciones, como ya mencioné; una gratificación especial para el que trabaja en el sector de la salud, y hay también una gratificación para lugares de difícil acceso, porque algunos barrios de la ciudad distan en el orden de 50 a 60 kilómetros del centro de la ciudad. Por lo tanto, los trabajadores que trabajan en esas secciones más periféricas tienen ese adicional del 30 ó 50%, dependiendo de si están en una región intermedia o en una región más distante de la ciudad.

Se preguntó sobre la evolución de la tasa de mortalidad en la ciudad de São

Paulo. Nosotros tenemos hoy una tasa de mortalidad infantil de 23 muertos cada 1.000 nacidos vivos. La media del país es de 60 por mil, evidentemente que con una distribución bastante desigual: llega a 80 muertos por mil en las secciones del norte o del nordeste, donde hay una carencia mayor de sanidad básica, una pobreza más evidente, con bajos salarios, y en la región sur y sureste esto baja a porcentajes menores.

La tendencia en todo el país ha sido una tendencia estable, probablemente relacionada con la extensión de la cobertura de agua potable -a gente de (...) que todavía es muy tímida, tanto es así que el cólera viene instalándose precisamente a partir de la región norte y nordeste-, y también en función de una mayor cobertura de vacunación.

Es preocupante también una componente de mortalidad perinatal, demostrando la fragilidad de los servicios, tanto como la mortalidad materna, que no debería ocurrir.

Recientemente fue constituido en la ciudad de São Paulo un Comité de Mortalidad Materna, que es un comité de prevención, de estudio y de control de la mortalidad materna, y lo que tiene de interesante es que la población -los usuarios- participan de ese comité, teniendo acceso a las historias clínicas. Cada caso de muerte materna es investigado con rigor, de tal forma que se visita al hospital, se visita a la familia, se intenta descubrir por qué razón aquella mujer falleció. Y son tomadas medidas en el orden de la reorientación de los servicios, para que los problemas no vuelvan a acontecer.

Yo aprovecho esto para vincularlo con la tercera pregunta, que es la cuestión de la participación de las universidades. Por ejemplo, en ese Comité de Mortalidad Materna tenemos la participación del profesor Guy Laurenti, que es un profesor -un gran epidemiólogo- y que es un entusiasta de esta propuesta en la medida en que dejamos al área técnica la responsabilidad, la posibilidad de acompañar esos mecanismos de control de muertes, sean ellas maternas o de niños.

La participación de la universidad ha sido llevada a cabo a través de varios convenios realizados con la Universidad de São Paulo, con la Escuela Paulista de Medicina, con la Santa Casa, de tal forma que tenemos la participación de los alumnos acompañando las actividades de la Secretaría. Tenemos apoyo en el sentido de la formación, del reciclaje de nuestro cuadro de personal y constituimos, a partir de 1989, en un trabajo conjunto con el profesor Paulo Freire un centro de formación de los trabajadores de la salud en la Secretaría de la Salud, que es un centro volcado, en un primer momento, a poder completar la formación básica de los trabajadores, porque un conjunto de los trabajadores de la salud no tenían el ciclo básico de su formación en la escuela tradicional. Entonces, nosotros hicimos un trabajo supletivo para que esos alumnos, esos funcionarios, pudiesen completar su formación básica, y a partir de ahí, entramos en un tipo de

trabajo de reciclaje de formación a gran escala, para transformar su formación de auxiliares a enfermeras, y de asistentes de consultorios odontológicos en técnicos de higiene dental.

En un segundo momento, ese Centro de Formación de Trabajadores de la Salud amplió el intercambio con la Facultad de Salud Pública y con otras universidades de São Paulo en el sentido de hacer cursos de formación gerencial, (...) tecnología, salud del trabajador y acciones en vigilancia de la salud. Por lo tanto, ese trabajo de formación de los trabajadores ha sido hecho en forma integrada con la Secretaría de Educación (...) del profesor Paulo Freire.

En las tres preguntas de nivel general que fueron hechas: recursos humanos, la inversión que se hizo fue la cuestión de la contratación de una mejor preparación de sus funcionarios y de la valorización salarial, de tal forma que ellos pudieran tener una dedicación exclusiva al servicio público. Enfrentamos resistencias desde el punto de vista de su participación, pero eso viene siendo superado en la medida en que con la formación de los consejos, gradualmente, ellos han entendido cuál es su papel y su responsabilidad social.

En la parte financiera, existen unidades presupuestarias que fueron descentralizadas del gabinete del secretario para ser jornales de salud, en un segundo momento para los distritos de salud. Nosotros ya no tenemos más unidades presupuestarias en el hospital; nosotros no entendemos al hospital como una unidad o como un equipamiento aislado. Para nosotros, el hospital tiene una división de internación, tiene una división de emergencia, tiene una división de apoyo, tiene una división de servicios generales que sirve al conjunto del distrito de salud. Por lo tanto, ella sirve al hospital, al ambulatorio de especialidades y al conjunto de las unidades básicas de salud que funcionan integradas dentro de una misma orientación y de un mismo cuerpo gerencial.

Por lo tanto, nosotros tenemos dificultades de entender al hospital como si fuera un equipamiento preponderante, hegemónico, aislado en la propuesta de la Secretaría de la Salud. Por lo tanto, se ve ahí el hecho de que la unidad presupuestaria del hospital fue destinada al distrito de salud dentro del cual él está inserto e integrado.

Por último, yo creo que es importante decir que los presupuestos son hechos a través de plenarios populares, plenarios realizados en cada región de la ciudad, con gran participación de entidades, movimientos, donde los problemas son levantados, se hace una variación del presupuesto realizado en el ejercicio anterior, y se hace una proyección de necesidades, de prioridades y de posibilidades desde el punto de vista de la existencia de recursos.

Ese proceso de planeamiento, ascendente y participativo, ocurre tanto desde el punto de vista de la elaboración presupuestaria, como desde el punto de vista del trabajo de cada Secretaría. Y en la Secretaría de la Salud, nosotros tenemos

un proceso de planeamiento local, participativo y ascendente a través de ese trabajo que fue hecho junto con la cooperación italiana, que nos permite identificar mejor cuáles son los problemas de salud, atender la demanda de la población y no hacer que la voluntad y la necesidad del servicio se imponga sobre la lógica de la continuidad, y por (...) de tensión del *statu quo*.

Y así, nosotros conseguimos que el control, con participación popular, con la racionalización de la máquina administrativa, volcar los recursos -que son escasos en función de las necesidades- para los problemas que van siendo priorizados a cada momento.

Nosotros tenemos dos eventos importantes en este momento en el país, ahora y en agosto: la realización de la Novena Conferencia Nacional de Salud, en Brasilia, del día 9 al día 14 de agosto, cuando el sistema único de salud va a ser discutido desde el punto de vista de su implementación, y dividida -éste fue colocado en práctica de 1988 hasta ahora-; y tenemos en la ciudad de São Paulo la Tercera Conferencia Municipal de Salud, los días 17 a 18 de septiembre, donde estamos invitando a todos los candidatos a prefectos de la ciudad de São Paulo -independientemente de sus partidos políticos- para que participen de esa conferencia, con cerca de 4.000 asistentes, donde se analizan cuáles son los trabajos que vienen siendo hechos por la Secretaría de la Salud, se van a posicionar relaciones de trabajo, diciendo que debe continuar o quien crea que debe sufrir modificaciones y tendrán que presentar cuáles son sus plataformas de gobierno para el área de la salud de la...

Carlos Alberto Pletz Neder: (...) ¿cuáles son sus compromisos por la continuidad de ese proyecto de política sanitaria, independientemente de la cuestión partidaria que, felizmente, muchas veces acaban llegando a una solución de continuidad, en propuestas que son positivas, que atienden los intereses de los trabajadores y que a veces son interrumpidas por cuestiones menores, por intereses menores?

Giorgio Solimano: Muy brevemente, una de las preguntas generales. ¿La descentralización supone también descentralizar o democratizar los recursos económicos? Supone sí, yo creo que ya lo dije antes, para que haya una efectiva descentralización tiene que haber una descentralización también, y una capacidad de autonomía de los gobiernos locales con sus recursos económicos.

Sin embargo, hay que tener varios elementos en cuenta. Uno es la identificación -como lo acaba de referir acá el colega- de las necesidades, y ojalá la oportunidad de una programación desde la base, para definir estas necesidades, y en función de su presupuesto.

Y en segundo, los recursos con que cuentan -o deben contar- las municipali-

dades. Porque un excesivo aislamiento, o autonomía respecto a los recursos, puede dejar a ciertas municipalidades muy frágiles en términos de lo que ellos disponen. Y por lo tanto, la desilusión de los recursos municipales para su gestión es fundamental. Tiene que haber recursos del nivel central, tiene que haber recursos del nivel regional, tiene que haber generación de recursos a nivel municipal propiamente tal.

Sólo de esa manera es posible congeniar la gestión municipal para que dé respuesta a las necesidades reales de la población. E insisto, tener mucho cuidado en los elementos de equidad y de solidaridad para las desigualdades que existen en las distintas municipalidades y regiones dentro de un país, e incluso dentro de una región y, muy importante, incluso dentro de una gran urbe urbana.

Tabaré González: Yo haré comentarios también con relación a una de las preguntas de carácter general y vinculado al tema de los recursos, Compartiendo plenamente lo que dice Solimano.

Nosotros estamos haciendo una experiencia en algunos programas, que es, luego de discutido y convenido el programa y sus componentes con las organizaciones sociales en un barrio, en las zonas, nosotros establecemos un convenio, transferimos los recursos financieros a esa organización, a esas organizaciones, y ellas son las que se encargan de gestionar, con esos recursos, todo el funcionamiento y la administración de los servicios.

Así estamos llevando adelante la experiencia del programa "Nuestros niños", que es el programa que trata de llevar adelante una política de defensa de los derechos y necesidades de los niños y que se expresa -desde el punto de vista de los servicios- en guarderías comunitarias.

O sea que, discutido el programa, la comisión de infancia zonal, directamente, o a través de alguna de las comisiones de vecinos que hay en los distintos zonales, es la que establece el convenio, recibe los recursos, contrata al personal, compra los víveres, hace el mantenimiento. En una palabra, gestiona los fondos públicos para prestar un servicio público.

En una experiencia ya de mayor envergadura, el Mercado Modelo -el mercado mayorista de Montevideo-, que cuando nosotros asumimos era el mercado mayorista de Montevideo pero, prácticamente, es el mercado nacional. Cuando nosotros asumimos se encontraba bajo forma de concesión a una empresa, rescatamos la concesión, y eso está administrado por una comisión administradora que tiene totales potestades, que la integran tres representantes de la municipalidad -uno de ellos es productor-, cuatro representantes de las organizaciones de productores, un representante de las organizaciones de comerciantes y un representante de las organizaciones de trabajadores del mercado.

Esa comisión administradora administra todo el mercado, con totales pode-

res, gestionando incluso todos los aspectos de funcionamiento, sólo hace rendición de cuentas a la intendencia, ya que ella recauda los recursos, los gasta, los invierte. Hace rendición de cuentas y nosotros participamos en la discusión de las grandes políticas en materia de abastecimiento.

Y ahora empezamos a hacer una nueva experiencia, similar a la de las guarderías, -muy incipiente- en el área de salud. La estamos haciendo a nivel de estos centros odontológicos de atención integral: son unidades de cinco o seis sillones, trabajados en combinación con la Facultad de Odontología, que descentraliza sus clínicas y sus cátedras, y que -algunas de ellas- ya están también, reciben los recursos (...). Hay un convenio, reciben los recursos las comisiones de vecinos, de salud zonal, y ellos hacen toda la gestión de esos recursos financieros.

Y, por otro lado, acabamos de hacer también un convenio de características similares a todo una comisión de salud del zonal XIV, donde se está ya armando una red de servicios en la cual están actuando tres policlínicas, que son municipales -que existen en el zonal- más las policlínicas comunitarias de tipo, de distintas características, que se han desarrollado en la zona, más un programa de atención a la salud del adolescente que se empieza a desarrollar en esa zona, que tiene apoyo de la Fundación Kellogg y trabajado con el Centro Latinoamericano de Perinatología. Y todo eso está bajo una gestión comunal de la comisión de salud del centro comunal, que es la que administra, maneja los fondos, y -dentro de las características del programa- ejecuta las acciones tanto materiales como de recursos humanos.

Pablo Bonazzola: Bueno, hemos consumido más del tiempo previsto, pero creo que valió la pena. Lamentablemente, ya no nos queda tiempo para un eventual intercambio oral, pero las actividades de las jornadas que tocan este tema continúan, y yo creo que el aporte de los panelistas han sido realmente valiosísimas en ese sentido.

Les agradecemos, por lo tanto, su participación. Muchas gracias. (*Aplausos*).

**A PROPOSITO DEL MERCADO Y LA LIBRE ELECCION:
EL SISTEMA DE SALUD CHILENO Y EL
DE ESTADOS UNIDOS**

Mesa redonda

COORDINADORA

Laura Lerner

Licenciada en sociología

PANELISTAS

Roberto Belmar, jefe de APS del Ministerio de Salud de Chile

Ana Diez Roux, master en Salud Pública en Hopkins University, Baltimore, USA

Víctor Penschazadeh, jefe de Genética Médica del Beth Israel Center, Nueva York, USA

Jaime Sepúlveda, GICAMPS, Chile

Giorgio Solimano, presidente del CORSAPS, Chile

Laura Lerner: Como se sabe, la Reforma del Sistema de Salud chileno es considerada por los sectores que impulsan el ajuste en nuestro país, como un modelo exitoso de restitución al mercado de bienes públicos colectivos. Sin embargo, y como reiteradamente se ha señalado a lo largo de estas jornadas, el paradigma a imitar sería la estructura de servicios vigentes en los Estados Unidos, donde la libre elección y la superioridad del mercado respecto de las instituciones políticas, se consagró como forma predominante. La idea de reunir estos panelistas con vasta experiencia en el campo de la salud en sus respectivos países, ha sido aportar elementos de análisis que permitan enriquecer el debate en nuestro país, que tiende a ser pobre y tendencioso, además de eludir cuestiones esenciales. En este contexto, lo que se intentará analizar y discutir, serán los principales cambios operados en el modelo de financiación y organización de los servicios de los respectivos países, en un intento de ver y analizar en qué medida los ejes instrumentales que apuntalaron esos cambios -me refiero a las políticas de focalización de

gastos, las políticas de descentralización y privatización- contribuyeron a una mayor eficacia y eficiencia de los servicios -como postula el modelo-, y en qué medida también se amortiguó o revirtió la inequidad que el modelo critica del sistema anterior. Entonces, en primer lugar tendría la palabra el doctor Solimano.

Giorgio Solimano: Buenas tardes, quiero nuevamente agradecer la oportunidad de estar en estas jornadas. El tema que vamos a tocar hoy día es complejo, pero afortunadamente en el transcurso de las jornadas hay elementos extraordinariamente válidos para lo que debemos referirnos hoy día, que tiene que ver con el actual sistema y las opciones del sistema de salud en Chile. Cuando digo que ya se han sentado algunos elementos, creo que la mesa de anteanoche sobre financiamiento del sector salud, planteó algunas propuestas y algunas consideraciones que son extremadamente fundamentales a tener en cuenta: la participación del doctor Aldo Neri, del doctor Bloch y el licenciado Lozano, fueron muy, muy completas en términos de lo que significa y la importancia que tiene el financiamiento del sector salud. Hablar sobre el sistema de salud chileno, involucra hacer algunas consideraciones casi telegráficas, pero muy preliminares. Primero, lo que ha estado ocurriendo en Chile en el sector salud -y no sólo en el sector salud, sino que también en el sector económico-, lo que ocurrió durante el régimen militar, y algunos de los logros del gobierno de transición a la democracia de estos dos años, son presentados -casi diríamos vendidos- a otros países con una imagen tremendamente exitista, y esa imagen -desde el punto de vista por lo menos personal, y yo diría que con buenos fundamentos- no necesariamente corresponde a la realidad que se vive en Chile; ese es un punto a tener en cuenta. Segundo, en el campo de la salud y de las políticas sociales -pero hablemos concretamente de salud-, Chile tiene una larga tradición de servicios públicos de salud, desarrollados progresivamente a partir de la década del veinte, que llegan a tener su mayor expresión en la conformación del Servicio Nacional de Salud -1952-, y como lo dije esta mañana, alcanzan un desarrollo de amplia participación democrática en el período 1970-1973 con el gobierno de Salvador Allende y la Unidad Popular.

Lo que ocurre a partir del golpe militar hasta el año 1989, tiene las características de un fenómeno en el cual aparece esta dimensión -que vamos a ver ahora en una magnitud creciente, la de la privatización de los servicios de salud. Pero, hay que tener en cuenta que cuando se habla en Chile de que hay una privatización de los servicios de salud, esto no significa necesariamente que esté alcanzando siquiera a la mayoría de la población, existe ese riesgo, existe esa posibilidad, pero en la actualidad los seguros privados de salud alcanzan entre el 22% y el 25% de la población de mayores ingresos, el otro 75% se sigue atendiendo en los servicios fundamentalmente públicos de salud. Hechas estas consideraciones, veamos dos o tres aspectos que son importantes. Uno tiene que ver -creo que es-

to para el debate es fundamental- con qué entendemos, cuáles son los elementos centrales de lo que se considera la privatización en salud, y ello nos lleva a decir claramente que privatización en salud, no necesariamente y en forma exclusiva, tiene que ver con el hecho de que la población se atienda por médicos privados, tal vez éste es uno de los elementos menos importantes.

Los estudios que se han hecho demuestran que los ejes de la privatización, para que ésta tenga realmente la dimensión que tiene, consideran aspectos que significan cambios en la legislación, es decir los cambios en la legislación que le quitan atribuciones al Estado y al sector público, son un elemento importante en el hecho de que se vaya produciendo una privatización del sector salud. Segundo, el sistema de financiamiento, es decir cómo se financia la provisión de servicios de salud, es más importante que quién provee las acciones de salud, y de eso hay ejemplos en el mundo en los cuales el financiamiento es desde el sector público, y muchas de las acciones se otorgan por prestadores privados. Tercero, la relación en términos del aporte individual de quienes reciben los servicios. Es decir, en la medida que cada vez más cada uno de nosotros saca de los bolsillos mayor cantidad de dinero para pagar por las atenciones, indudablemente hay una mayor privatización. Estos tres elementos son muy importantes a tener en cuenta, porque son los pilares de la privatización y muchas veces -como digo-, se confunden con el hecho de la otorgación, o quién otorga los servicios. Un segundo punto que es muy importante a tener en cuenta, es que lo que se llama la atención privada en salud, también numerosos estudios en el mundo demuestran -y esto lo voy a poner solo en una frase- lo atractivo que es, para la población que tiene que recibir el beneficio. El mercado es más eficiente, la gente genera mayores grados de satisfacción, hay una posibilidad de elegir -como dice la gente-, e incluso las opciones para cambiar de proveedores de servicios. Y esto es una realidad para aquellos que trabajamos y hemos trabajado en el sector público, que en el momento actual y en las condiciones actuales en el mundo, tenemos que tener presente. No es sólo lo que nosotros queremos, o cómo lo queremos, tenemos que ponernos en el otro lado y ver qué es lo atractivo en el marketing en la oferta, en la imagen que se proyecta de otorgar servicios privados. Teniendo en cuenta estos elementos, en Chile -especialmente en la década de los ochenta- se llevó a cabo una reforma que cumple con todas estas premisas, en el sentido que se modificó el sistema de financiamiento del sector público. Mientras en el año 1974, el 61% de los aportes para la atención médica era de aporte fiscal, en el año 1989 se había reducido al 35% -es decir menos del 60%-. Las cotizaciones previsionales, es decir el aporte de los que buscan atención, había aumentado de un 14% a un 45%, y habían desaparecido las cotizaciones de los patrones -es decir, prácticamente había llegado a 0-, y el pago directo por parte de los usuarios, aumentó entre los años 1974-1989 de 9% a un 15%, es decir en el área de

financiamiento la transferencia, desde la responsabilidad pública hacia la contribución directa, indudablemente fue muy alta. Pero lo que es más interesante, y yo creo que tiene aplicación en el caso argentino -probablemente para lo que va a venir en la Argentina-, es que se estableció un sistema único de cotizaciones obligatorias, es decir, todo aquel que es empleado, que tiene un régimen de trabajo formal, tiene que imponer, primero el 2%, después el 4%, y en la actualidad el 7%- de su salario, mientras los patrones cero. Y esta cotización obligatoria, hace que aquellos que se trasladan al sector privado, los organismos de atención privada, las instituciones de salud previsional, nuestra famosa SESAPRE, que captan en forma directa y obligatoria, el 7% de cada uno de aquellos que ingresan al sistema, y por lo tanto le interesa el 7% de aquellos que tienen salarios más altos. Y de esa manera, llevan el presupuesto o la disponibilidad de recursos financieros de este sector -que este año y el año pasado está llegando, como digo, al 22%, o a un poco más de la población- a que las cotizaciones de ese 22% sean igual a las cotizaciones del otro 75%, y por lo tanto ellos se benefician de este sistema.

Lo otro que es importante en este sistema, es que estas instituciones de salud previsional, y este sector privado es fundamentalmente un sector financiero, intermediario que no provee servicios directamente, que hace de intermediario como verdaderas compañías de seguros, y que compra servicios a los proveedores -médicos, laboratorios, etc.-, y por lo tanto, entre lo que ellos reciben y lo que ellos pagan, les queda un margen de utilidad, que en el caso chileno en estos últimos años es increíblemente alto. Esto ha significado que la mayor parte de las instituciones no estén en manos de los profesionales de salud, sino en manos de grandes empresas financieras, nacionales e internacionales, porque aquí han llegado capitales europeos, norteamericanos, para constituir estos fondos. ¿Cuáles han sido las consecuencias con un sistema con este tipo de características?, primero la cobertura, es decir, en ese contexto el sistema privado se ha hecho muy atractivo para los grupos de mayores ingresos, no reconociendo esta gente que los que están recibiendo solamente atención médica curativa, selectiva para ciertas enfermedades, con numerosas carencias, con contratos anuales, de tal manera que si a una persona a una altura del contrato le aparece una enfermedad catastrófica -que se llama por ejemplo un cáncer, una enfermedad mental etc.-, la compañía al año siguiente no le renueva el contrato, y todas estas personas pasan a engrosar el sector público, que indudablemente tiene que ser atendido. Y, así, es como ha llegado en este momento a una cobertura de los grupos que más le interesan a ellos, cercana al 25%. Por otra parte, entonces el sector público, se ha ido con menos recursos, deteriorando; y ése era el diseño del régimen anterior: dejemos que el sector público muera, que caiga por su propio peso, no asignándole los recursos del caso, y la gente se va a trasladar de uno al otro por su propia voluntad.

Y, ésta, es precisamente la base del programa que debería estar implementando este gobierno, cómo recuperar el sector público, cómo hacerlo más competitivo, cómo hacerlo atractivo, de tal manera que sea capaz de ofrecer servicios de la misma calidad, de la misma atractividad para la población, pero sobre la base de los aportes públicos que se hacen. Por lo tanto, en términos de cobertura, esa es la situación actualmente.

Sobre el gasto en salud -como ya dije en el período 1974-1990-, la inversión en salud bajó a límites abismales, es decir que los hospitales, que los quirófanos, que los equipamientos, estén ahí, y que vayan desapareciendo por obsolescencia. En la atención de salud, -obviamente- esto significó durante ese período un deterioro en la cantidad de la atención de la mayoría de la población, si a eso le sumamos lo que conversábamos esta mañana de los efectos de una descentralización que no fue tal, porque más bien se trató de entregarle los servicios de atención primaria al sector municipalizado sin entregarle los recursos suficientes, este deterioro es aun mayor y más importante. Recursos humanos, la migración -y éste es un efecto importantísimo- de los mejores recursos humanos, los más capacitados, los formados por el Estado, hacia el sector privado -ustedes comprenderán que con los salarios que paga el sector público- son irresistibles las tentaciones, y la gente se traslada. En este momento, en el sector público no trabajan más del 30% ó 40% de la capacidad médica instalada del país, el resto -obviamente- trabaja en el sector privado.

Bueno, frente a esta situación, una de las cosas que es más importante de decir es qué hacemos frente a una situación que yo he esquematizado en trazos muy gruesos pero que tiene características muy importantes. Primero, yo diría que en términos del quehacer existe y sigue existiendo en Chile la necesidad de proponer un modelo acorde con la realidad del país. Y para aquellos que tenemos la trayectoria, en la salud pública chilena, indudablemente que reconocemos la necesidad de un sistema mixto, en que hay cabida para un sector privado y también para un sector público, con características y condiciones que permitan entregar medicina de calidad comparable, de un sistema de salud integral. Todos estos sistemas privados no son sistemas de atención de salud, son sistemas de curación médica, y curación médica restringida. Y esto es importante tenerlo en cuenta, pero la mayor parte de la población no lo reconoce y no los aprecia así. Para ello creemos que sigue siendo importante generar un amplio debate nacional orientado a modificar la legislación existente, y esto es un elemento fundamentalmente de capacidad y poder político, y en ese sentido es que en el interior de la coalición de gobierno, yo creo que es lícito decir que tenemos diferencias claras, en términos de lo que debe ser la legislación para que haya un sistema mixto equitativo. Pero las fuerzas políticas son como son en nuestro país, y no diría que para nosotros -los sectores progresistas- es fácil generar iniciativas

orientadas en ese sentido.

Tercero, readecuar el financiamiento global del sector salud, público y privado. El sector privado -espero esquematizar muy brevemente- no es un sector que se rige por las leyes del mercado, es un sector privado fuertemente subsidiado por el Estado. Recoge el 7% obligatoriamente, el Estado paga los subsidios maternales, los patrones pagan un 2% que descuentan de sus impuestos, etc. O sea ellos trabajan sobre condiciones de seguridad extraordinariamente precisas, no corren riesgos. Si queremos hacer un sector privado que cumpla con las leyes del sector privado, que compitan, que sea un sistema abierto, que cada uno se inscriba donde quiera, que pague. Y el sector público debe recoger el aporte fiscal, debe ser aumentado, debe recibir las cotizaciones, y en caso seleccionado también debe haber una cuota, un prepago, para ciertos sectores. Pero en este momento no hay equilibrio, no hay posibilidades, no hay condiciones comparables. Y eso es la diferencia, eso es lo que hay que prevenir frente a un sector privado creciente, porque se lleva la gran torta, y nosotros nos quedamos trabajando con los mínimos recursos.

Finalmente, yo creo que es importante y necesario, también en el momento actual y en lo que viene a fines de este siglo, redefinir el rol del Estado y el sector público. Eso es extraordinariamente importante, no podemos seguir pensando que las cosas hay que hacerlas igual como se hicieron hace veinte años atrás; y redefinir el rol del Estado y el sector público, significa un Estado normador, un Estado que supervisa y controla, un Estado que presta atenciones en forma directa o indirecta, incluso comprando prestaciones, pero manteniendo el control. Esto significa una transformación profunda del sector público, en el cual hay que ir a ver qué elementos son los que están dificultando el otorgamiento de servicios de mejor calidad, ése es un elemento fundamental, que no podemos dejar de conocer -no estoy hablando incluso de ineficiencia- porque los recursos que tienen los sectores públicos de la mayor parte de nuestros países son altamente eficientes. Y ahí, nos tratan de vender gato por liebre nuevamente: "son muy ineficientes", -no, se hace mucho con poco-. El punto es cómo se logra modificar la gestión y la forma de otorgar los servicios, de manera que la población que se atiende quede satisfecha, y de esa manera se compita en términos relativamente igualitarios con un sector privado que tiene mucho de mercantil, pero que tiene también una imagen y una proyección que, no debemos dejar de reconocer, resulta atractiva para amplios sectores de la población en nuestros países. Gracias. *(Aplausos)*.

Roberto Belmar: Sin duda, que este marco que ha establecido Giorgio, deja quizá, no conociendo la realidad chilena, muy pocas esperanzas para que nosotros pudiéramos plantear alguna alternativa que realmente redundara en benefi-

cio de la población, más aun yo quisiera recalcar algunos hechos centrales.

El sistema chileno de salud es un sistema dual, un sector protegido, de tipo privado, subsidiado por el Estado de mil maneras -explícitas e implícitas-; y un sector público que tiene que cumplir la cobertura de más del 80% de la población, preocuparse del medio ambiente, tomar las funciones reguladoras y normativas del Estado, y además tiene la responsabilidad de manejar la infraestructura hospitalaria del país.

Chile, desde hace décadas, ha estructurado una de las infraestructuras de salud pública más importante del continente -cientos de hospitales, miles de establecimientos de atención primaria, etc, etc., por lo tanto, en Chile la definición ya se hizo, nuestros países no pueden rehacer un sistema de la noche a la mañana. El sector público existe en sus estructuras, por lo tanto el sector privado ve con muy buenos ojos estas estructuras, porque jamás el sector privado va a construir camas en las ciudades intermedias, en el medio rural. Entonces, la única manera que el sector privado ve para crecer es utilizar la infraestructura del sector público para desarrollar sus actividades. Este sector dual -yo creo que es el problema fundamental que estamos enfrentando, y que tenemos que buscar mecanismos, para que dentro de un marco de la democracia regulada por leyes y condiciones bastante difíciles de alterar, no teniendo un Congreso en este momento con los votos necesarios para producir los cambios-, plantea una tarea extraordinariamente importante. Yo, lo que quiero compartir con ustedes, es qué se está haciendo desde el interior del sector público, para de alguna manera cambiar este proceso. Este proceso, que fue diseñado por el economista fundamental del régimen anterior, el ministro Bige, como subsecretario de Salud, creó un mecanismo que hace del Ministerio de Salud, una empresa de demolición del sector público; para que el sector público, a medida que se va deteriorando, produzca el fenómeno, de que la gente tome su 7% y sus recursos propios, y se vaya al sector privado.

Produciendo un fenómeno, permanentemente de destrucción, y haciendo el concepto de la llamada "profecía cumplida": el sector público es malo e ineficiente, por lo tanto va ir desapareciendo, y si tú generas las condiciones para que eso suceda, le vas dando la razón de que solamente el mundo privado es el que puede ofrecer soluciones, para enfrentar los problemas de salud en forma adecuada y eficiente. Estas condiciones son difíciles de alterar en un gobierno de transición, por los compromisos, por las realidades, y los grandes problemas que deja tras sí un gobierno autoritario. ¿Cuál es la propuesta que nosotros en estos momentos estamos tratando de enfrentar?

Para desarrollar nuevas actividades, y de hecho en aquellos municipios en los cuales -en estos momentos más o menos podemos decir dos tercios de ellos- están los programas actuando, han demostrado no sólo eficacia, sino eficiencia en

el uso de los recursos. Sin embargo, esto solamente va a quedar como una buena experiencia, si nosotros no la transformamos en una acción universal, y que esto sea consolidado en un proceso de tipo legal; de allí que la necesidad de que todos estos principios y estos procedimientos sean estructurados en este proyecto de ley que está en el Congreso, que pretende fundamentalmente' entrègar los factores de tipo legislativo que formalicen y estructuren el rol del Estado en la atención primaria, que rearticulen la atención primaria a los servicios de salud que fueron desarticulados por el régimen anterior, que cambiemos los mecanismos de financiamiento, no sólo que sean suficientes sino que se entreguen en forma adecuada; la entrega de ese recurso de salud a través de la venta de servicios, tiene un factor que nosotros llamamos intrínsecamente perverso, que al pagarse a las municipalidades por los servicios prestados, ese dinero es dinero municipal que puede ser utilizado para cualquier situación y no necesariamente para salud, por lo tanto, para nosotros, uno de los elementos fundamentales es lograr que el financiamiento de atención primaria se haga por un per cápita indexado por año, y por condiciones de entrega de atención primaria; porque de esta manera nosotros podemos controlar el recurso estatal, que es más o menos la mitad que se le da a la Municipalidad, y la Municipalidad pone la otra mitad para hacer la atención primaria, pero controlando el recurso nosotros vamos a poder llegar a su eficiencia, y a su uso de tipo adecuado.

Yo no quisiera en estos momentos cansarlos hablándoles de los distintos programas, que en estos momentos estamos nosotros realizando, pero, sin duda todos aquellos programas apuntan a un hecho fundamental cual es incorporar a la población en el proceso de la salud, porque aunque yo concuerdo que este proceso de privatización que está avanzando en nuestro país, que está respaldado por una legislación, lo tenemos que contrarrestar por una decisión política que creemos que está, y por un cambio legislativo; va a quedar solamente en una lucha de tipo cupular, hecho a nivel de los hemiciclos y de la cima de los partidos políticos. Nosotros, nuestra apuesta, es lograr la incorporación de la población en este proceso, y yo creo, que de alguna manera, es fundamental para todos los países del continente. Cuando la discusión la hagan los hemiciclos técnicos, o los niveles de decisión política o económica, siempre va haber posibilidades de transacción y posibilidades de olvidarse de la tarea fundamental de la salud, que es servir a la población, solamente cuando la población juegue un rol fundamental: 1º) conocer su problema; 2º) conocer la realidad de los servicios; 3º) tener una participación no sólo en la generación de estos servicios, sino que en su desarrollo integral es cuando este proceso lo vamos a poder detener; por eso, el programa de atención primaria como nuestro Departamento desde el Ministerio de Salud, lo está tratando de promover, es a través de la creación de estructuras a nivel de cada uno de los municipios donde los actores sociales conozcan en profundi-

dad toda esta letra -que es muy linda-, pero que no necesariamente es realidad, solamente va a ser realidad cuando se transformen en banderas sociales reconocidas por los sectores populares.

Nuestra experiencia ha demostrado que cuando algún elemento de salud es realmente conocido por la población, la población es capaz de actuar y de defenderlo -en un momento dado, se trató de cambiar la leche por arroz diciendo que tenía el mismo valor nutritivo. Esta situación fue enfrentada por los técnicos pero siguió adelante, solamente cuando los sectores populares tomaron conocimiento y movilizaron, hicieron que se produjera un movimiento social tan importante, que hubo un memorándum del Ministerio de Defensa que informaba, en ese entonces, del riesgo social que significaba el cambio de la leche, y la medida fue revertida. Quizá fue la única doblada de mano que hubo en el regimen anterior, y fue hecha porque la población tomó un rol preponderante en esa situación. Nosotros estamos convencidos que aparte de la tarea que nos compete a nosotros los técnicos, y a los niveles políticos, en establecer los puntos de vista que ha definido el doctor Solimano, la apuesta fundamental de la atención primaria, es no sólo hacer un buen programa de atención primaria con técnicas innovativas que está demostrando, que la población respeta y evalúa positivamente, sino que ellos sepan que solamente este proceso privatizador lo vamos a poder controlar cuando la población tome conciencia de la necesidad de que esto se pueda llevar a cabo dentro de un proceso de real participación social.

Quisiera cerrar diciendo que nosotros estando directamente involucrados en la tarea de conversar con los sectores populares y con las organizaciones de base, tenemos confianza de que en estos momentos siendo el ala izquierda de la concertación, aun no habiendo oído todo lo que se ha dicho en este hemicycle -aunque uno sale a veces abrumado por la problemática presentada-, pensamos que nosotros por lo menos tenemos una oportunidad y tenemos los instrumentos para poder -por lo menos en nuestra realidad-, utilizando las técnicas de una real atención primaria, hacer que el sector público retome su rol, y trabajar un sector mixto donde el Estado regule, norme, y controle el sector privado, pero que en nuestros países siempre el Estado va a ser el que va a tener la responsabilidad mayor de la salud, especialmente en el campo de la atención primaria. Mas aun, frente a los problemas que estamos enfrentando hoy día en torno a la situación de medio ambiente, en torno a los problemas de las enfermedades crónicas degenerativas y la medicina laboral.

Por eso yo quisiera cerrar con una nota positiva, porque muchas veces en estas mesas, al término, son muchas veces desesperantemente negativas, es decirle que en Chile aunque conocemos los riesgos, por lo menos nosotros seguimos en el campo interno del gobierno, pensando que hay una probabilidad, no porque tenemos la concepción teórica de que puede ser, sino que lo estamos viendo por la

participación social y el rol que están jugando las fuerzas positivas de nuestra sociedad. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Dr. Jaime Sepúlveda: Bueno yo agradezco la invitación para estar con ustedes y compartir algunas ideas respecto de la situación de la política de salud en Chile. Yo quiero ser breve realmente, me interesaría mucho escuchar, tal vez, preguntas del auditorio y poder responderlas.

Debo decir que en general comparto las apreciaciones de los dos expositores que me han precedido, aun cuando con no tanto entusiasmo y con tanto optimismo. Quizá sea esta deformación de la llamada medicina social que nos hace ser un poquito escépticos, cuando medimos un poco las variables macroeconómicas sociales que nos penetran. Resulta que evidentemente nosotros estamos sufriendo las consecuencias de un modelo, que como se conoce se impuso por la fuerza en nuestro país, y que de esa manera hizo retroceder la historia de nuestra salud pública chilena a extremos bastante significativos. Yo diría que en nuestro país en este momento existe una crisis de la salud pública, expresada básicamente en la hegemonía del modelo de privatización en el cual está la ideología de por medio. Es decir, la libre elección y lo que significa, ha penetrado profundamente en la conciencia de nuestra población, y de una u otra manera -como se expresaba acá- el 60% del gasto en salud en el país se hace por el sector privado. En Santiago, el 65% del tiempo de los médicos, se ocupan en el sector privado, cuando hace veinte años atrás eso era absolutamente al revés: el 90% de los médicos trabajaba en el sector público. Y los médicos se siguen yendo, y se siguen yendo las enfermeras, y se van las matronas y se va todo el personal de salud, porque las condiciones del sector público son deplorables desde el punto de vista de recursos. Es decir, el diagnóstico que hizo la concertación cuando llegó al gobierno, era realmente que, dada la restricción del gasto fiscal -especialmente en el gasto público-, la reducción de ese gasto y el impacto que tuvo aquello en la inversión -en el sector hospitalario especialmente, y en los recursos humanos-, bueno había que hacer dos o tres veces la inversión que en ese momento se estaba llevando.

Nosotros en este momento podríamos decir -los que estamos dentro del servicio-, percibimos que la crisis no se ha resuelto en absoluto en materia de inversiones, y especialmente en materia de recursos humanos. Esto parece que no lo escuchara a veces el Ministerio de Salud en Chile, nosotros tenemos compromisos con el Banco Mundial de 400 ó 500 millones de dólares de inversión, que van básicamente a remodelaciones, a equipamientos, a servicios hospitalarios; ligemos esto con las necesidades del sector privado de tener una infraestructura -que no van a invertir ellos en eso-, y pensemos si ese era el camino. Cuando escuchaba acá al doctor Belmar -y yo comparto con él la apreciación que los locales de salud o la atención primaria pueden constituirse en un elemento estratégico para

la transformación de los sistemas de salud- sin lugar a duda, él ya lo ha vivido, con la miseria con que se trabaja la atención primaria en cuanto a recursos, es poco probable que podamos revertir estas tendencias, ésa es una situación concreta.

Cuando uno está dentro del servicio ve cosas como la siguiente -dentro del servicio público me refiero, y yo trabajo ahí con dedicación exclusiva-, ve que existe una -como expresión de herencia del régimen anterior- extraordinaria centralización del sistema de salud chileno; las decisiones se toman a nivel del Ministerio, no hay tal descentralización, no existe ninguna posibilidad, es decir que nosotros tenemos una descentralización sustentada -supongamos- en una potencia a nivel local del servicio de salud, para llevar a cabo una programación o una planificación de los servicios; toda la parte presupuestación y financiamiento está centralizada en nuestro servicio de salud, no tiene ninguna capacidad un servicio hospitalario, ni un servicio periférico, un consultorio, una posta rural, de decidir nada respecto a recursos; tenemos la desintegración de la municipalización -que conocemos-, o sea, la fragmentación de nuestra estructura que alguna vez fue más o menos integral -como fue el Servicio Nacional de Salud-.

Esto nos hace meditar algunas intenciones -sin lugar a duda-, o sea, uno puede tener opinión de que las cosas, con buena voluntad política... -algunos creemos que no es tanto, en materia de política sanitaria, porque prácticamente no se han revertido, desde el punto de vista de la legislación, de los cambios estructurales, nada de lo que heredamos del régimen anterior, o sea, el sector privado sigue usufructuando de los mismos beneficios que se le concedieron en el régimen anterior, como se ha dicho acá, subsidio del Estado etc., y sigue creciendo a una velocidad que no se compara con el crecimiento del sector público. Es decir, cuando vemos la moral de los trabajadores de la salud, la capacidad de gestión local, de llevar a ejecución un programa, cuando vemos las posibilidades, las condiciones de trabajo, la estabilidad de los trabajadores de la salud, bueno, uno se transforma en pesimista respecto a las decisiones. Prácticamente, desde el punto de vista del presupuesto nacional, no ha cambiado sustantivamente la proporción que se gasta del presupuesto en la parte del fisco, en materia sanitaria, o sea, no se ha reestructurado ni se ha modificado el perfil del gasto -ya ha subido de 0.9 más o menos, a 1.1 ó 1.2 de lo que es el producto interno bruto, digamos, en relación al gasto fiscal en salud-. Eso es absolutamente insuficiente, el sector privado tiene más o menos cerca de 200 dólares per cápita, y nosotros tenemos aproximadamente -el sector público- unos 50 dólares per cápita, todavía es poco -digamos- si uno lo promedia comparativamente con cualquier otro país desarrollado, lejos, claro, per capita de setenta y tantos dólares bastante bajo. Pero, nosotros pensamos que para ser eficientes, tendríamos que tener definida claramente lo que es una política, que creemos no está definida, creemos que se ha estado de alguna manera asumiendo que el sector privado tiene el peso que tiene y no se

le puede intervenir; el sector médico industrial -digamos la parte trasnacional y farmacéutica- por ejemplo no se ha tocado, se aprobó una ley de patentes durante nuestro gobierno heredada de la dictadura, hay libre comercio de medicamentos, no hay prácticamente una política explícita y clara de intervención en ese campo, no hay una política científico-tecnológica en materia de inversiones en esta materia, tenemos problemas ya que no hay una política definida de medio ambiente, no hay una política definida de salud del trabajador. Y pensemos que el modelo éste de acumulación se sustenta básicamente en dos cuestiones: en destrucción de fuerzas de trabajo por las condiciones de sobreexplotación, por precarización de empleo, por situaciones irregulares en el mercado de fuerza laboral, lo que se traduce en enfermedades y accidentes importantes, y en destrucción del medio ambiente. Esas dos ventajas comparativas, que impactan fuertemente el perfil de nuestra salud de la población chilena, no han sido intervenidas con una definición de política de parte del Ministerio.

En resumen yo pienso que nosotros estamos administrando el modelo heredado, no tenemos capacidad para revertirlo. Sostengo que serían los movimientos sociales, con esos trabajamos, pensamos que la organización social básicamente a nivel de los espacios del movimiento sindical, de los movimientos poblacionales, de los movimientos ecologistas, del movimiento de mujeres, de movimientos homosexuales, etc., es decir, todos los movimientos sociales, los que de alguna manera están inquietos -los de los consumidores, por ejemplo-, y los que están constituyendo una fuerza potencial para el cambio en esta materia. Nosotros no podemos descansar en confiarnos en la transición nuestra, que es una especie de pacto social para no revertir las líneas generales del modelo de acumulación, que son las del modelo neoliberal que buscan hoy día con nuestra abertura hacia los mercados norteamericanos, con esta propuesta que nos ofrece el free trade con Estados Unidos, la política de Bush "Iniciativa para las Américas", nosotros no vamos a cambiar las condiciones estructurales de este modelo, y eso va a seguir reflejándose sobre la salud de la fuerza de trabajo, sobre la salud de nuestra población en general, sobre los impactos, los factores que deterioran la salud de nuestra población en términos de la competencia, la inestabilidad laboral, la desregulación de todo con el libre mercado,. Y nosotros vemos que en la política de salud, efectivamente estos factores pesan; hay una hegemonía del modelo medicalizador, hay una hegemonía del peso de la prescripción y de la asistencia, la prevención no tiene espacio casi, la promoción tampoco tiene espacio, la participación no tiene espacio, la participación de la población en materia sanitaria -yo diría- es una de las cosas que más debiéramos cobrarle a nuestro régimen, a nuestro gobierno, porque fue un compromiso, y prácticamente no ha habido una participación directa de la población en materia de salud.

Eso es en líneas generales lo que uno percibe, o sea, yo no quiero ser pesimis-

ta pero no soy optimista. Creemos que es importante de nuevo definir un paradigma de salud -como derecho-, la solidaridad de por medio, la salud integral -como se la señalaba acá-; entendemos que el subsector público debe ser fuerte -en este momento no tiene capacidad realmente de intervención, de normatización, de fiscalización no tiene ninguna, o muy poca-; privilegiar la orientación en la prevención -sin lugar a dudas-; planificar según necesidades -no como lo hacemos hoy día según recursos disponibles, con perversos métodos de asignación de recursos-; darle impulso a la intersectorialidad, a la descentralización -pero verdaderamente que descansa en una descentralización del poder real, y de la participación de la base social-; amplitud hacia la política de salud ocupacional, salud ambiental, salud de medicamento, política de ciencia y tecnología en materia sanitaria; formación de recursos -que es una de las cosas más críticas que tenemos-. Bueno, son algunas de las consideraciones, yo no quiero ser -como digo pesimista- pero la situación chilena es una situación que nos obliga a preocuparnos a aquellos que conocimos las bases para un proyecto distinto.

Hoy día, la hegemonía del sector privado en salud, la hegemonía del modelo médico dominante es tan poderosa, que uno piensa que no es fácil de revertir si no es con una conciencia histórica continental latinoamericana mundial, que ponga en su lugar -digamos- lo que es la salud como derecho, y cuáles son las bases que determinan realmente la salud del hombre y no lo que hoy en día tenemos. El consumismo de la salud, a través de todo lo que ofrece, la empresa médico-industrial transnacionalizada a nivel mundial, y las bases de lo que es nuestro modelo de acumulación, que deteriora -es patogénico por excelencia- y nos aleja de las posibilidades de modificar las condiciones de salud de la población. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Laura Lerner: Comenzamos ahora con la exposición acerca de los cambios, o la profundización de cierta dinámica en el sistema de salud estadounidense, y tiene la palabra la doctora Ana Diez Roux.

Ana Diez Roux: Bueno, creo que en momentos en que se habla tanto de la necesidad de aplicar algunas técnicas, digamos de privatización, e implementar el libre mercado como mecanismo para estimular la efectividad, la eficiencia, y la equidad en salud, es particularmente relevante analizar un poco el caso norteamericano, que se toma como paradigma de esto, y que es un caso que este modelo está llevando efectivamente a la práctica. Estados Unidos es el país del mundo que más dinero gasta en salud. En 1990 el gasto sanitario norteamericano ascendió a más del 12% de producto nacional bruto, esto equivale a 600.000 millones de dólares, o sea aproximadamente 2.500 dólares por habitante y por año. No solo es una cifra astronómica, sino que en los últimos treinta años se ha experimen-

tado un aumento progresivo y descontrolado, bien por encima de la inflación prevalente en la economía norteamericana. Se estima que para el año 2000, si el gasto en salud sigue creciendo a este ritmo, Estados Unidos invertirá cerca del 20% de su producto nacional bruto en salud. Si bien en momentos de crisis económica, este gasto y su incremento descontrolado, es considerado por muchos el problema principal que aqueja al sistema, no es el único ni el menor de los problemas. Si a expensas de este enorme gasto, Estados Unidos pudiera lograr, pudiera asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud de toda su población, a mi juicio el análisis sería totalmente diferente. Pero el caso no es así. En primer lugar, el sistema está lejos de asegurar cobertura a todos los norteamericanos, prácticamente el 20% de la población, o sea 40 millones de personas carecen de todo tipo de cobertura; se estima que por año a 200.000 norteamericanos se les niega atención médica de emergencia, por carecer de seguro, y a 800.000 se les niega otros tipos de servicios; 60 millones adicionales tienen cobertura, pero ésta es parcial, incompleta e inadecuada para hacer frente a los problemas de salud que pueden tener, incluso entre los que tienen cobertura hay enorme variabilidad en cuanto el tipo y cantidad de servicios cubiertos. Por otro lado, el enorme gasto sanitario, tampoco se refleja en los indicadores de salud.

Estados Unidos ocupa el lugar 22 en mortalidad infantil entre los países industrializados, muy por debajo de otros países que gastan menos, incluso la mitad de lo que gasta Estados Unidos en salud. Persisten enormes diferenciales en indicadores de salud, como mortalidad infantil y expectativa de vida, por clases sociales y raza. La mortalidad infantil en el barrio de Harlem de Nueva York se ha estimado que es comparable a la de países como Bangladesh. Claramente, podría argumentarse que estos indicadores de salud, como mortalidad infantil y expectativa de vida, tienen relativamente poco que ver con los servicios de salud en sí, y más que ver con condiciones de vida económicas y políticas. Y esto es verdad, pero incluso si analizamos la utilización de servicios, vemos que el sistema está lejos de asegurar el acceso universal, para citar solamente dos ejemplos, prácticamente el 50% de las embarazadas norteamericanas, no reciben atención prenatal durante el primer trimestre. Persisten, además, grandes diferencias en mortalidad por enfermedades fácilmente prevenibles a través de la detección precoz, como el cáncer de cuello uterino -para citar solo un ejemplo-, enormes diferenciales por clase social y raza, lo cual evidencia también importantes diferenciales en cuanto al acceso a los servicios de salud.

Vale la pena, entonces, analizar cuáles son las características de un sistema que invierte mucho en salud, pero que obtiene comparativamente muy pocos beneficios. Haciendo una tipología -un poco así grosera- de los sistemas de salud, y caracterizándolos en cuanto a quién provee los servicios y quién los financia, vemos que, en primer lugar, en Estados Unidos la provisión de servicios se encuen-

tra en el sector privado, el Estado provée directamente muy pocos servicios. En cuanto a la estructura de financiamiento, en comparación con otros países industrializados, Estados Unidos se caracteriza por la baja participación pública en el gasto sanitario, de todo lo que gasta en salud el 40% lo pone el Estado, que está por debajo de lo que pone el Estado en otros países industrializados. En Europa Occidental, por ejemplo, los porcentajes que pone en el sector público oscila en el 70%, 80%, 90%, como decía, este 40% lo pone el Estado financiando los dos grandes programas públicos que tiene Estados Unidos, que son Medicaid, que es el programa que cubre a los pobres -mejor dicho a algunos pobres- porque hay que ser pobre y cumplir con ciertos requisitos para recibir asistencia, -o sea pobre merecedor, digamos-. Y el segundo programa público es Medicare, que cubre a la población mayor de 65 años. El 25% del gasto sale directamente del bolsillo de los usuarios, o sea que lo paga la gente cuando va a recibir el servicio; este porcentaje es altísimo comparado con otros países industrializados. El 35% restante corresponde a las aseguradoras privadas, que llegan a más de 1.500, la mayoría de la población obtiene coberturas a través de estas aseguradoras, en general lo hacen a través de su trabajo, y empleados y empleadores comparten el valor de la póliza.

Lo que quiero destacar -y espero que no los haya mareado con todos estos números- es que el gasto público es mucho menor que en otros países, y que la mayoría de los fondos se canalizan a través de las aseguradoras privadas, o través del pago directo por parte de los usuarios. Este porcentaje, comparativamente bajo, de participación pública en el gasto, tendrá consecuencias en la capacidad regulatoria del Estado. En resumen, el sistema se caracteriza por múltiples prestadores privados por un lado, y múltiples pagadores, en su mayoría privados por otro, que compran servicios a los proveedores privados y también compiten entre sí. Este intercambio entre muchos prestadores privados y muchos pagadores se regula. ¿Qué consecuencias ha tenido esta estructura, basada entonces en la prestación privada, múltiples pagadores predominantemente privados, y regulación a través del libre mercado? Ya he mencionado el alto costo del sistema y su incremento descontrolado, esto se debe fundamentalmente a dos factores. Por un lado, el funcionamiento del sistema ha generado una importante inflación médica, o sea que el costo de las prestaciones médicas se ha incrementado bien por encima de la inflación prevalente en otras áreas de la economía norteamericana. Por otro lado, los costos administrativos de un sistema tan fragmentado y basado fundamentalmente en aseguradoras privadas, es astronómico. Se estima que en Estados Unidos cerca del 25% del gasto en salud corresponde a gastos de administración, o sea papeleo. Incluso hay estudios que muestran que con lo que se podría ahorrar en administración, de modificar el sistema, se podría financiar la cobertura a todos los americanos que carecen de seguro, y asegurar una cober-

tura mínima para todos aquellos que están asegurados pero que no tienen una cobertura adecuada. En Canadá, por ejemplo, que tiene un sistema basado en un único pagador estatal, el gasto administrativo es de sólo 1.2% del gasto total en salud, o sea veinte veces menos que el gasto norteamericano. Paradójicamente, en el país de la libre empresa, mientras las aseguradoras privadas gastan porcentajes que oscilan entre el 15% y el 40% en administración, los dos programas estatales, o sea Medicaid y Medicare son los que menos gastos administrativos tienen, solamente un 2%. El sistema no solo cuesta mucho sino que su financiamiento es marcadamente regresivo. El 10% de menores ingresos de la población que recibe el 1% del total de ingresos, paga el 4% del costo sanitario, mientras que el 10% superior de la población, que recibe el 34% del total de ingresos, paga solo el 20% de gastos sanitarios.

Por otro lado, ya he señalado, cómo el sistema deja a un porcentaje considerable de la población sin cobertura, a esto se suman las prácticas discriminatorias de las aseguradoras privadas, exclusiones por condiciones preexistentes. De esta manera, se quiebran totalmente los mecanismos de solidaridad que subyacen en la idea de un seguro; los más enfermos quedan excluidos del sistema o se ven obligados a pagar pólizas altísimas para obtener cobertura; hay escaso control sobre el tipo de cobertura que proveen estas aseguradoras, y muchas proveen cobertura parcial e insuficiente; los proveedores también discriminan en función de la cobertura que tienen sus pacientes ya que hay enormes diferencias entre lo que pagan las aseguradoras privadas, y los programas públicos por un mismo servicio. Por último, la organización y el financiamiento del sistema de salud, también ha tenido consecuencias sobre el tipo de atención que se brinda, ha fomentado la especialización; más del 70% de los médicos norteamericanos son especialistas; el uso de tecnologías costosas en detrimento de servicios básicos preventivos y menos rentables. El sistema, en su totalidad, ha fomentado una atención fragmentada, especializada, curativa, y con énfasis en la alta complejidad. No quisiera con esto, dejar la idea de que el sistema norteamericano se basa en el libre mercado al estilo más puro, sin intentos de regulación por parte del Estado, hay numerosos intentos de regulación, incluso muchos sostienen que este libre mercado en salud ha sobrevivido gracias justamente a la intervención estatal, que ha paliado algunas de las mayores injusticias y problemas, que la aplicación salvaje del mercado hubiera generado.

Tenemos un ejemplo en los años recientes, de intentos de desregular el mercado -en la época de Reagan-, y como consecuencia de algunas de las estrategias que se implementaron, se constataron incrementos en el número de personas sin seguro, aumento en el gasto de bolsillo -digamos de los usuarios-, se incrementó más en el gasto total, se incrementaron las ganancias de los proveedores, hubo una gran conglomeración del capital en cuanto a las empresas medicas, o sea que

empezaron a no solamente ser dueños de hospitales, sino también a participar en los seguros médicos, hacer una conglomeración y diversificación de las tareas que llevan a cabo las empresas, y se constató también una disminución del acceso a la salud de los sectores más marginados y más pobres.

Ahora, como he dicho, si bien hay intentos de regulación estatal, la estructura del sistema ha hecho que el rol del Estado quede reducido a la manipulación de incentivos económicos; la mayoría de los intentos por controlar costos, y regular el tipo de prestaciones, se limitan entonces a los dos programas sobre los cuales el Estado tiene control directo; como éstos comprenden menos del 40% del total del gasto, su impacto sobre el sistema en su totalidad es limitado, y a veces -incluso ha sido contraproducente- limitando aun más el acceso de los sectores más necesitados a la atención médica. Claramente, el sistema de salud norteamericano, debe verse en el contexto de la estructura económica, social y política de la sociedad. Como en otros países, el sistema de salud se encuentra en gran medida sobredeterminado por estas características. Sin embargo, incluso en plena época de auge del conservadorismo, numerosos sectores de muy diferentes ubicaciones dentro del espectro político, perciben que el sistema está en crisis; casi el 70% de los norteamericanos consideran que su sistema de salud requiere cambios profundos, incluso las grandes corporaciones como Chrysler y Ford, ven reducidas su competitividad internacional y su tasa de ganancia, como consecuencia en los incrementos en los costos de las pólizas que comparten con sus empleados, se da entonces el caso paradójico, que hasta la corporación Chrysler llama a la reforma sanitaria. El tema de la necesidad de reformar el sistema de salud se ha convertido en un tema de gran relevancia en la actual campaña electoral, segundo en importancia, nada menos que a la crisis económica. Independientemente de discusiones teóricas acerca de que si existe o no el libre mercado en salud, y de las consecuencias de su aplicación, creo que hay abrumadora evidencia empírica de que el sistema norteamericano no funciona para la mayoría de los norteamericanos.

Claramente la experiencia de los Estados Unidos demuestra que un sistema basado en la comodificación de la salud, y en el libre mercado como principal mecanismo distributivo, con fuerte participación de las aseguradoras privadas, y participación estatal limitada a subsidiar la atención de grupos reducidos de la población, ha sido totalmente ineficaz en proveer un nivel adecuado de cobertura, y responder a las necesidades de salud de la mayoría de los norteamericanos. No sólo ha sido ineficaz en proveer servicios básicos y reducir desigualdades, sino que el rol del Estado ha quedado reducido a la manipulación -como dije- improductiva de incentivos económicos; de hecho, un gran porcentaje de los analistas en política sanitaria norteamericana, se encuentran abocados no a diseñar estrategias para reducir la mortalidad infantil, o frenar la epidemia del SIDA, sino a generar complicadas técnicas e incentivos económicos, para intentar frenar el

costo de un sistema que ya no controlan. Por eso resulta doblemente paradójico que en momentos que en Estados Unidos se discuten activamente alternativas para modificar radicalmente el sistema de salud, en países como el nuestro se propongan reformas basadas en los principios fundacionales del propio sistema norteamericano. En nombre de lograr eficacia, efectividad y equidad se apela a principios y estructuras que los propios norteamericanos han reconocido y documentado como ineficientes, ineficaces e inequitativas. (*Aplausos*).

Víctor Penchaszadeh: Gracias, yo a medida que Ana estaba hablando, iba anotando acá, porque bueno, ha hecho una excelente síntesis de la situación actual en los Estados Unidos, yo solamente voy a hacer algunos comentarios, y tratar de retomar algunas de las cosas que ella ha planteado y seguir desarrollándolas.

Esto, obviamente, si existe, y si ha existido durante tanto tiempo, con más o menos modificaciones, con más o menos períodos de mayor o menor regulación, es porque cumple un papel -obviamente no cumple el papel de atender las necesidades de salud de la población-, pero cumple un papel de beneficio económico a los sectores de interés que están alrededor de toda la industria de la atención de la salud de los Estados Unidos. Por eso, que muchas veces cuando se habla del gasto en salud y de los los 2.500 dólares per cápita y demás, en realidad más que hablar de gastos en atención de salud habría que hablar -digamos- de dinero que circula alrededor de la industria de la atención médica, pero que no necesariamente -como bien lo demostró Ana con todas la cifras que dio- redunde en beneficio de la salud de la población. Entonces, es interesante saber cuáles son esos principales actores, ella ya mencionó el gran papel que cumple la industria del seguro. La industria del seguro, efectivamente, es una de las más lucrativas en Estados Unidos. Toda la industria médica -digamos- en realidad es de las más lucrativas, está entre creo que es el segundo o el tercer puesto después de la industria de la alimentación y de la vivienda, entonces esto claramente incide en el desmanejo de este sistema, que en realidad cuando aplica la palabra "sistema" a esto que ha descripto Ana también, tiene que despojarle a la palabra sistema varios de los sentidos que nosotros generalmente asociamos a esa palabra, como que es algo que funciona en forma coherente, cordinada, etc., es todo lo contrario. La industria del seguro es una parte importante, hay que tener en cuenta también a la industria hospitalaria, es decir gran parte del gasto en salud vá a parar en última instancia a los hospitales; los hospitales efectivamente son privados, pero no son privados en el sentido que uno los entiende acá en la Argentina, son hospitales totalmente subsidiados por el Esjado en forma directa o indirecta. Directa en una serie de aspectos que pasan por subsidios a equipamientos, subsidios a la construcción de hospitales, subsidios a la educación de los médicos en los hospitales, y por supuesto, todo el seguro del Estado del Medicaid y el Medicare es una de las principales fuen-

tes también de ingresos y de lucro por parte de hospitales, si bien se denominan en general hospitales privados sin fines de lucro, en realidad es un título que no les corresponde. Este sector de interés, que es el sector hospitalario, representado por la Asociación Hospitalaria Americana, es un grupo de presión muy fuerte, el otro grupo del que no hay que olvidarse es el de nuestros colegas los médicos, representado por la Asociación Médica Americana.

La Asociación Médica Americana ha jugado un rol bastante nefasto en cuanto a la posibilidad que se dio históricamente en la década del treinta, después en la década del cincuenta posterior a la Segunda Guerra Mundial, de cambiar y de proceder a un sistema más progresista, ha sido uno de los factores que ha permanentemente estado en contra de cualquier adecuación del sistema a una racionalidad mayor que redundaría en perjuicio de sus intereses; los médicos norteamericanos son los que más ganan en todo el mundo, ya sea en forma de sueldo, en forma de honorarios o lo que fuera. En este momento la profesión médica está en una situación de coyuntura, porque ahora está empezando a sufrir las consecuencias de este no sistema, por lo que -comentaba Ana también- es la gran concentración que está ocurriendo hacia conglomerados de atención, o conglomerados de percepción de ingresos, que están un poco dejando afuera de la torta a los médicos. El otro sector muy importante es el sector de la industria farmacéutica. Recientemente hubo un estudio que mostraba que los mismos medicamentos en Estados Unidos cuestan dos o tres veces más caros que en cualquier otra parte del mundo, tomando específicamente el mundo desarrollado; la industria farmacéutica es un factor de presión muy, muy grande, todo lo que es la industria de tecnología médica; se mencionó que en Estados Unidos el sistema privilegia todo lo que es la alta complejidad, lo que es la medicina curativa, intrahospitalaria, y eso está permanentemente alimentado por el desarrollo de nuevas tecnologías, que si bien, por supuesto, uno no se pone en contra del desarrollo y el avance de la tecnología, pero el problema es que es una tecnología que se impone un poco a los servicios de la atención de la salud, sin ningún tipo de consideración de eficiencia de la utilización, es el caso de modernizaciones que llevan a gastos cada vez mayores -tomógrafos computados, resonancia magnética, laboratorios especializados, terapia intensiva, etc., etc., etc.- es decir, esta tecnología no es mala en si misma, y si tuviera que aumentar los costos para proveer mejor atención a la población bienvenida sea; el problema es que es muy difícil regular, pese a los pocos intentos tibios que se han hecho a nivel estatal, de regular, por ejemplo, el número de tomógrafos computados han llegado generalmente al fracaso, simplemente por la competencia que existe entre hospitales, la competencia que existe básicamente por los pacientes que puedan pagar. Estos actores, industria del seguro, industria farmacéutica, industria de la tecnología médica, industria hospitalaria, y la corporación médica, ninguno de ellos ha jugado un rol positivo a lo

largo de -yo diría- los últimos cincuenta o sesenta años de desarrollo médico en los Estados Unidos. En este momento, como se mencionó recién existe una crisis. Existe una crisis, porque el sistema está prácticamente desbocado hacia magnitudes de gasto, que la sociedad no va a poder tolerar más, y efectivamente son los grandes empresarios que en este momento están muy preocupados, y eso es importante entenderlo, la mayoría de la gente que está asegurada en Estados Unidos lo está en función de su empleo, lo está en función de su empleo no porque sea obligatorio por ley, pero el Estado ha facilitado que eso se desarrollara de esa manera, por medidas legislativas que permiten a las empresas al descontar de impuestos, es decir, todo el dinero que una empresa negocia con su sindicato y que va al gasto en salud, no es pasible de impuestos, o sea que las empresas descuentan impositivamente todo lo que éstas gastan en términos de salud, y eso les convenía también históricamente a los trabajadores, porque eso le resultaba más benéfico también a ellos el percibir ese tipo de beneficios, en lugar de aumentos de salarios que sí iban a ser pasibles de retención impositiva.

Lo cierto es que uno de los principales interesados en este momento de controlar el gasto en salud son los empresarios, las grandes corporaciones industriales, claro, están interesadas en el control del gasto en salud, no necesariamente en proveer los servicios adecuados en salud, o propender a una salud adecuada en la población. Lo que está ocurriendo en esta época de los últimos diez años en los Estados Unidos es que cada vez más la gente tiene que poner de su bolsillo para atender sus necesidades médicas. Estamos hablando exclusivamente de medicina curativa, la medicina preventiva en Estados Unidos es casi no existente, los programas de inmunizaciones tienen subvenciones ínfimas y están prácticamente a merced de que la gente vaya y se inmunice, a pesar de que existe el requisito obligatorio de que el niño tenga que estar inmunizado para entrar a la escuela, no hay programas adecuados y accesibles a la población para ello.

Volviendo entonces al tema del gasto en salud, y las dificultades que está enfrentando toda la sociedad en esta crisis, por supuesto, lo primero que se entra a recortar son los servicios que se brindan o los servicios que se aseguran, no son las compañías de seguro sino ahora son las propias empresas que están tendiendo a proveer ellos mismos los seguros, prescindiendo de compañías de seguro, financieramente parece que les conviene más, no sólo eso, sino que legalmente una compañía aseguradora de salud, tiene que cumplir ciertos requisitos de provisión de servicios, no puede decir bueno, yo tal patología no la voy a asegurar, puede sí hacer prácticas discriminatorias o exclusorias, pero no puede brindar servicios parciales legalmente, entonces, se le ha buscado la vuelta cuando una empresa como General Motors o la Chrysler o la que fuera, decide financiar ellos el seguro de sus empleados, entonces ya entra dentro de una categoría diferente, y donde ellos pueden regular y reglar qué tipo de servicios van a efectiva-

mente proveer con ese sistema a sus empleados. Y esto ha llevado y está llevando cada vez más, a que haya una cantidad grande de patologías, sobre todo la patología crónica, el SIDA, enfermedades mentales, drogadicción etc., que simplemente no están cubiertas por el seguro que ofrece la empresa a sus empleados. Y eso no hay manera de rebatirlo legalmente, porque ya hace poco la Corte Suprema lo ha convalidado como que no es ilegal.

Yo con esto quería dar algunas pantallas más sobre los principales beneficiarios de este caos que existe en los Estados Unidos. Como todos los caos en algún momento hacen crisis, y los mismos beneficiarios corren riesgo de que todo el barco se hunda y de que esta cosa explote de alguna manera. Por eso, que a nivel político -como ya lo mencionó Ana-, bueno, en todas las encuestas el tema de la preocupación de la gente por el acceso a la atención de los problemas de salud es uno de los principales problemas que preocupan a la población, y después de una elección clave para una senaduría en el Estado de Nueva Jersey hace unos meses, en donde un candidato demócrata que venía desde muy abajo, simplemente con la bandera de un sistema de salud adecuado consiguió ser electo, es que particularmente este último año es de lo que se está hablando permanentemente, y desde los sectores de poder es de algún tipo de reforma. Es muy probable que algo vaya a ocurrir, es probable que no ocurra algo antes de las elecciones, pero cualquiera de los dos candidatos, es decir cualquier administración que surja de ellos posteriormente va a tener que tomar algunos ajustes de algún tipo, por supuesto no sabemos si esos ajustes efectivamente irán a mejorar la manera como se lucra en el área de la salud en Estados Unidos, o si van a mejorar en la salud de la gente. Nada más. (*Aplausos*).

Laura Lerner: Yo quisiera hacer algunos comentarios, cuando nos reunimos con los panelistas y empezamos a discutir un poco la orientación y cómo podríamos organizar esta charla, discutíamos acerca de la similitud o no de la reforma que se plantea en nuestro país respecto del sistema norteamericano, y obviamente las exposiciones que me precedieron, dan cuenta que esto es una burda traslación mecánica de un modelo que se ve que no funciona, por lo menos que no funciona en términos de lo que uno aspiraría. Otra cosa que estaba reflexionando mientras estaban disertando los panelistas, se me ocurría pensar que en Chile hizo falta una dictadura tan sangrienta para poder implementar y destruir un modelo que funcionaba, mientras que acá, aunque la dictadura sentó las bases, el modelo se está llevando a cabo, paradójicamente, en un contexto constitucional. Pero, no digo democrático y digo constitucional, porque me parece que esto tiene profundas implicancias en la consolidación de un sistema democrático, porque además me parece que uno de los cambios sustanciales que está planteando el modelo es el traspaso de la responsabilidad colectiva a la esfera de lo individual

en el cuidado de la salud, y la transformación de instituciones políticas y sociales en empresas. En este contexto, creo que el mercado queda claro que es un dispositivo ideológico que atenta contra las identidades colectivas, y cree natural maximizar las utilidades. Por ello, esta entronización del mercado que hace el neoliberalismo, implica una concepción moral y política, que excede las consideraciones acerca de la eficiencia, y remite a la apropiación de valores, que planteaba el otro día al comienzo de la jornadas el doctor Loureiro. Y quizá, sea ése el camino, quizá sea el camino de recuperar los valores y la construcción de identidades colectivas, el que nos permitirá llegar, alcanzar, no sólo una dudosa igualdad de oportunidades sino una igualdad en los resultados. Nada más. (*Aplausos*).

Pregunta: ¿Cuál es la verdadera realidad del sistema sanitario chileno?

Roberto Belmar: Bueno, yo creo que en Chile hay un buen promedio en casi todos los indicadores, pero que viene de un amplio rango, la mortalidad infantil en Chile está en el área 16, y tenemos sectores que tienen menos de 10, y hay sectores que tienen alrededor de 50, esa es la realidad concreta. Sin duda, que en estos momentos el modelo de atención primaria ha podido hacer impacto importante, y nosotros tenemos evaluaciones sobre las acciones que se han tomado, que han sido extraordinariamente positivas, cual sea la psicología o cual sea la realidad que uno tiene entre manos. El gobierno militar echó a perder la tendencia de mortalidad infantil que venía en los últimos veinticinco años, este gobierno en sólo un año no ha retomado la real tendencia, pero la ha apartado de la tendencia estacionaria que en estos momentos tenía el gobierno anterior. Sin duda, que la atención primaria de urgencia a nivel de los sectores populares, ha significado no solo un millón de consultas al año, sino que ha acercado a la población una serie de servicios, y en Santiago específicamente el manejo de la obstrucción bronquial con tecnologías que no se han empleado en ninguna otra parte del mundo, tenemos letalidad cero en las personas que tienen acceso a nuestro manejo a nivel de la hospitalización abreviada en los consultorios, enfrentando uno de los problemas más serios en nuestra población. Sin duda, en aquellos lugares en que se ha podido implementar el modelo de atención primaria, está funcionando, por condiciones del gasto, y por condiciones de focalización porque no hay los recursos para llegar a todas partes, y por condiciones de no tener los instrumentos legales hay grandes sectores donde todavía no ha llegado esta sensación, por lo tanto, lo que nosotros planteamos, muy fácil desde afuera del sistema, poder mirar y observar y criticar, pero sin duda los que hemos tomado la opción de estar dentro del sistema y tratar, primero no sólo que funcione en forma adecuada y que se haga la atención primaria en forma adecuada, sino que generar los cambios legales para parar el proceso de privatización, estamos dando una tarea de enfrentar esta realidad, y de tratar -

como yo les decía- de controlar esta situación.

Algunos tenemos esperanza de que a través de procesos como el Proyecto de Ley -no por casualidad ha tenido este proyecto su máximo enemigo en los Colegios Profesionales, porque ven aquí básicamente una manera de estatuir un rol definitivo del sector del Estado en la atención primaria-, y nosotros creemos que en estos momentos la situación de Chile no se ha definido, y va a depender de la situación del próximo par de años, en función de la próxima acción presidencial y del programa de la próxima acción presidencial en que se pueda dirimir esta situación. Lo que nosotros estamos planteando y demostrando es que hay un modelo que es eficiente, que es capaz, produciendo los cambios para dirimirlo, sin que hayamos llegado a la población de manera integral por las condiciones estructurales -que el doctor Solimano había establecido inicialmente- de estos dos sistemas que están operando. Para la urgencia, que atiende más de 700.000 consultas, tenemos casi un 9% a 8% de las consultas que vienen de los sectores privados, que han preferenciado este sistema que es mucho más eficiente para resolver su problema de salud.

Jaime Sepúlveda: Un par de observaciones. Yo quisiera insistir, porque se pregunta, claro, ¿es tan exitoso, no es tan exitoso, o sea, estamos saliendo, no estamos saliendo con la política actual?

Yo también estoy inmerso dentro del servicio, y trabajo en uno de ellos a nivel del área metropolitana, evidentemente el doctor Belmar desde el Ministerio tiene una visión de todo el país, yo no tengo exactamente la visión de todo el país, pero a mí me parece que hay ciertas cosas que yo quiero enfatizar que son preocupantes. Primero, que uno no debe perder de vista que el modelo médico que nosotros tenemos es una expresión de un modelo económico -sin lugar a dudas-, y nosotros no hemos modificado ese modelo económico; el modelo económico -de alguna manera- es el que regula el comportamiento de la política social en buena parte, por problemas de lo que es el modelo de acumulación, reproducción de fuerzas de trabajo, etc., es decir lo que se hace en Inversión, lo que se hace en Ahorro, lo que se hace en Bienestar Social, tiene que venir directamente con el modelo económico. Y nosotros insistimos en que del presupuesto nacional, el gasto público que se está haciendo en salud es insuficiente para revertir las tendencias del modelo hegemónico médico, es decir el modelo asistencial éste que habla del peso de la empresa médico-industrial y de la ideología médica presente en él, ese modelo asistencial de libre elección es poderosísimo, está realmente concentrando los recursos en el sector privado, realmente no tiene capacidad para revertirlo, o sea, no hay una fuerza política en el sector salud por problemas de negociación y de capacidad de negociación política -yo estoy de acuerdo-, pero esa es la realidad. Y la tragedia es que la fuerza social potencial, que serían las organizaciones sociales

de base, no tienen la capacidad tampoco porque no tienen proyecto político en esta materia, para influir en estas tendencias.

Entonces, nosotros tenemos una fuerza enorme de la medicalización de por medio, venimos haciendo lo que quieren las transnacionales farmacéuticas -no pasa nada-, tenemos a los empresarios haciendo lo que quieren con la fuerza de trabajo -y no pasa nada-, porque no hay política de salud de los trabajadores, no hay capacidad de fiscalización, ni de medio ambiente, porque no hay voluntad política -obviamente- de intervenir las condiciones de trabajo, ni del medio ambiente tampoco, en forma importante. Existe lo del Banco Mundial -que yo reseñaba-, la inversión que viene de afuera, el gran capital que viene de afuera, viene con una determinación básicamente a inversión en equipamiento y en infraestructura importante a nivel terciario. A nivel primario no hay participación significativa, tenemos esta municipalización que nos dejó la dictadura, que nos fragmenta como sistema. Nosotros no somos un sistema de salud, somos un conjunto de formas de trabajo en subsectores, pero no están integrados en una política, no hay una planificación nacional, no hay programación estructurada, los programas no existen en los hospitales, existen más o menos en la atención primaria, pero a nivel de los hospitales no existe integralidad de visión en esa materia ¿por qué?, porque no hay fuerza política desde el Ministerio, es una realidad. Entonces, yo no soy optimista por las razones estructurales -si quieren- por el peso de las relaciones del poder que hoy en día existen en nuestra sociedad.

En síntesis, ¿tiene vigencia el modelo neoliberal?, sí tiene y poderosamente, y en los riesgos que nosotros vemos, es que sigue creciendo la mercantilización de la medicina en Chile, la superespecialización de los médicos, de la formación profesional, y la construcción de estas corporaciones -en el sector privado ya hay cuatro o cinco ISAPRES que controlan todo el mercado-, ya los médicos están allá buena parte del tiempo -como digo-; esa es una realidad objetiva. Qué pasa con el sector de la atención primaria, yo lo veo también en nuestro territorio en donde yo trabajo, hay una tremenda inestabilidad laboral, hay un problema de ingreso y de condiciones de trabajo de ese personal, hay una falta de mística muy grande, a pesar de que ellos están construyendo, y siguen empujando los programas de prevención que felizmente no se han desarmado y no se van a desarmar los que tienen que ver con empleados e inmunizaciones, o con los de alimentación complementaria-. Bueno, esos programas se sostienen, pero realmente cuando uno ve la integración del trabajo ahí a nivel de equipo, la mística, y la capacidad de conducción a nivel local, es mínima: ¿por qué? Porque tenemos unos mecanismos de financiamiento bien perversos, que son los famosos por "facturación por atención prestada", o sea por acto médico en la atención primaria y en los hospitales.

En síntesis, yo pecho de pesimista, quizá porque me gustaría ver decisiones

políticas de nuestro gobierno actual, de la concertación en materia de política sanitaria. Los médicos -yo quiero decir- no creo que estén en contra de la atención primaria, incluso el Colegio Médico se ha opuesto al proceso de municipalización entendido como desarticulación de lo que sería un sistema integrado de salud en nuestro país; y eso es lo que se ha observado, porque la alcalización ha sido eso, porque la administración ha roto con la integralidad de la atención -de alguna manera-, las referencias, contrarreferencias; la gestión ha sido desestructurada por el proceso de municipalización, entonces, la población no es el actor principal en este momento, los trabajadores de la salud no son actores principales en este momento. Entonces, el tipo de reforma sanitaria si uno lo visualiza para el cambio, no está presente por estas consideraciones que yo les señalo, porque no tenemos peso para poder influir realmente en el modelo hegemónico que tiene tremenda fuerza.

Giorgio Solimano: Yo voy a tratar de ser muy breve, pero me parece que esta pregunta también me merece un comentario. Esto depende mucho desde donde se mire, pero en mi opinión, yo hasta hace un poco más de un año estuve a cargo de toda el área de planificación y presupuesto en el Ministerio de Salud, en este gobierno, exactamente a un año de asumido me fue solicitada la renuncia -precisamente por no estar de acuerdo con la política de salud que se estaba llevando a cabo-. Yo resumiría en los términos siguientes: en Chile, también el tema de salud fue una bandera de lucha, y estuvo altísimo en la agenda de la población en el momento de elegir nuevas autoridades, desgraciadamente en estos dos años hemos visto que en términos de la apreciación por parte de la población con lo que ha sido la política de salud, en la gestión más deficitaria del gobierno en estos dos años, eso es indiscutible en términos de las encuestas que se han hecho, y creo que para nosotros como gobierno, ya está teniendo y puede tener un costo político altísimo. Creo -para no entrar en detalles, y esto es muy matizado- que este gobierno en el área de salud puede ser una oportunidad perdida en el contexto de una amplia política de salud que signifique cambios estructurales, y realmente una confrontación frente a esta investidura que viene con mucha fuerza, y que refleja el modelo anterior. No quiero decir que lo que plantea Roberto Belmar de que el prisma en la atención primaria no se esté haciendo, no se estén tomando medidas, pero depende desde dónde y cómo se le mire, y en ese sentido es que yo nuevamente hago un llamado que nos corresponde en Chile, yo creo que a ustedes también les corresponde acá el ver cómo enfrentamos esta situación, porque no podemos seguir solo lamentándonos, no podemos seguir sólo haciendo diagnósticos y haciendo denuncias, ahí hay una situación muy profunda en la cual tenemos que asumir también una responsabilidad, una responsabilidad que involucra el disponer de instrumentos, el capacitar gente, el mirar más

allá de lo que podemos hacer exclusivamente los médicos sanitarios, el incorporar otras disciplinas, el manejar instrumentos y metodologías con los principios que nosotros creemos, pero en la forma que corresponde hacerse. Esa es una tarea que es fundamental, que queremos enfrentar con algún éxito, la situación que indudablemente nuestros países viven, anticuada, desfasada -como muy bien lo planteaba Ana- frente a lo que está ocurriendo en el mundo desarrollado, pero que en medio de la nómina y de la incapacidad de la sociedad para responder, ya sea en su nivel de participación social o en su nivel de discusión político-legislativa, se produce en nuestro país.

Pregunta: Puede que gane Clinton, ¿cuál es la plataforma electoral en salud de los demócratas, que pasó con la Rainbow Coalition?

Víctor Penchaszadeh: Es imposible, nadie tiene la bola de cristal, no sé quien va a ganar, las encuestas en este momento, históricamente no significan nada tres meses antes de las elecciones o más que faltan, así que pronóstico electoral no les voy a dar, la gente cobra en general por dar pronóstico electoral. El problema de la plataforma de salud de Clinton: Clinton, está todavía investigando cuál es su mejor plataforma de salud, él inicialmente estuvo dentro de los términos de una propuesta que todavía no llegó a tomar mucho cuerpo que es la de "jugar o pagar", "*play or pay*" es decir, dentro de lo que describimos de la situación de 40 millones de personas que no están aseguradas en Estados Unidos, en general es toda gente que trabaja, porque si no estarían en el programa de asistencia, en el *Welfare*, o estarían en los bajos niveles de pobreza que por ahí los harían merecedores de los programas para indigentes, esto es lo que se llama los trabajadores pobres fundamentalmente, que generalmente trabajan, ya sea en empresas pequeñas a las cuales no les reditúa económicamente ofrecerles seguros de salud a sus empleados -por otra parte no están obligados legalmente a hacerlo-, o gente que trabaja en forma independiente que no puede comprarse un seguro de salud -un seguro de salud privado, hoy en día, si uno lo va a comprar o adquirir en forma individual, cuando no es a través del trabajo y del empleador, es carísimo, inaccesible, puede llegar a costar 200, 300 dólares por mes-.

Entonces, hay una propuesta que al principio apoyó Clinton -y digo al principio ahora voy a comentar porqué-, que es básicamente de obligar a las empresas a proveerles seguros a sus empleados, y las que no lo hacen -o sea las que no juegan el juego- tienen que pagar un pool de dinero, del cual saldría para efectivamente pagar los seguros de esa gente. Como ustedes ven, esta es una propuesta que no va a cambiar absolutamente nada, por ahí va a conseguir que alguna gente que no esté asegurada lo va a estar, no va a cambiar en lo más mínimo la estructura del sistema de salud en los Estados Unidos etc.. En este momento Clinton -apa-

rentemente- ha estado un poco cediendo a presiones dentro del mismo partido, que se hacen más voceros de lo que sería un seguro nacional de salud, pero él todavía no lo ha expresado en realidad, seguramente que en estos días -siendo un tema tan prioritario para la campaña electoral- se pondrá un poco al día y lo sabremos, ¿vos sabés algo Ana, querés comentar algo de la Rainbow Coalition?

Ana Diez Roux: Lo que sé es que no anda muy bien. La Rainbow Coalition -para los que no la conocen- era una coalición dentro del Partido Demócrata, liderada por Jesse Jackson, que se ubicaba en el sector más hacia la izquierda dentro del Partido Demócrata, y por lo que yo sé quedó con muchas deudas, después de la última elección no se ha podido recuperar, y entonces este año está bastante mal, incluso Jesse Jackson -como ustedes saben-, no se ha presentado dentro del Partido Demócrata como candidato, en la Rainbow Coalition la plataforma de salud se basaba en un seguro nacional de salud, similar al sistema canadiense.

Pregunta: ¿Qué pasa con la planificación familiar y la educación materno-infantil que en los años sesenta hasta 1973 se trabajaba en Chile?

Giorgio Solimano: Todos los programas de contracepción y de paternidad responsable, fueron dismintidos significativamente durante la dictadura, e incluso se adujo a un análisis y a una justificación de orden geopolítico de la necesidad de que aumentara la población chilena, pero esto en lo concreto, significó que para aquellas parejas de los sectores de menores ingresos, no hubo la cantidad de recursos, ni métodos contraceptivos disponibles para ser entregado gratuitamente por los servicios de salud, eso no significa que en Chile haya un bajo nivel de uso anticonceptivo, la gente tiene una educación y los usa con bastante frecuencia y eficiencia; y esto, llegó incluso en el gobierno anterior a pasar una ley que pena el aborto terapéutico, es decir, en Chile en este momento no se puede hacer siquiera un aborto cuando hay indicaciones médicas claras para hacerlo. Esto demuestra la situación que llegó a producirse. En estos dos años, el nuevo gobierno ha asumido una actitud diferente de poner a disposición y a solicitud de quienes lo requieran contraceptivos de diferente naturaleza, indudablemente que eso está mejorando.

En lo que se refiere a la atención materno-infantil en Chile, yo diría que continúa haciéndose un poco con el mismo *vis at ergo* que ha tenido por muchísimos años pero, indudablemente, que aumentando la carga hacia los profesionales que la ejecutan, porque en cierto sentido hay menos personal, se ejecutan más acciones. Entonces, la pregunta es cuán eficiente, qué calidad, qué se logra con muchas de estas actividades. El tema nutricional, en el cual muchos de nosotros hemos trabajado por muchos años, indudablemente que ha desaparecido un poco

de la escena, como ha desaparecido en general en América Latina y en el mundo, ya no es un tema problema porque no interesa que sea, eso no quiere decir que haya mejorado o haya emperorado, pero es un tema que no se toca, y por lo tanto no conviene saber qué es lo que está pasando en ese campo.

Roberto Belmar: Quisiera precisar algunos aspectos, sin duda que la situación de la mujer es un tema de altísima prioridad, pero sucede que la mujer trabaja o en su casa, o se ha incorporado mayormente al mundo laboral, por lo tanto en estos momentos hay un programa que se está iniciando este año, que es un programa psicosocial para el horario extendido en los consultorios -uno de cada tres consultorios tiene un horario que va más allá de la cinco de la tarde, de cinco a diez de la noche-, y se ha incorporado en este horario -aparte de un psicólogo-, un asistente social y una matrona, con el fin exclusivo de potenciar el apoyo hacia la mujer, donde se van a tomar los problemas de la mujer en general, pero se va a reforzar el programa maternal dándole posibilidad a la mujer trabajadora que tenga acceso a los planes de paternidad responsable, éste es un programa que ha sido implementado, y nosotros esperamos que el próximo año, que si ahora es uno de cada tres, en la parte presupuestaria nos hemos planteado en todos los consultorios del país, por supuesto que existen las técnicas de gestage, dispositivo intrauterino y preservativo, hay posición en forma suficiente.

Pregunta: ¿Cómo podrá hacerse para que los datos respecto al sistema de salud americano se difundieran más en la Argentina ya que existe un gran desconocimiento?

Ana Diez Roux: Yo creo que es muy importante que se difundan, porque realmente me parece que ejemplifica tan claramente los problemas de los mecanismos que se están tratando de implementar en nuestros países sin necesidad ni siquiera de apelar a argumentos teóricos e ideológicos, sino solamente viendo los datos, hablan tan claramente que es abrumadora la evidencia, creo que esto es un primer paso, estas jornadas, para empezar a difundir un poco qué es lo que pasa en otros países, y bueno, todos ustedes son agentes para empezar a difundir estos datos. No se me ocurre nada más.

Laura Lerner: Bueno, si no hay nada más terminamos y agradecemos. Gracias. (*Aplausos*).

**PENSARES AL FIN DEL MILENIO
¿COMO PENSAR LA SALUD, COMO PENSAR LO
SOCIAL, COMO PENSAR LO POLITICO?**

Mesa redonda

COORDINADORA

Elena de la Aldea

Red de Salud Mental

PANELISTAS:

Mario Testa, Asociación Argentina de Medicina Social, AAMES

Raúl Cerdeiras, filósofo, director de la Revista Acontecimientos

Gastão Wagner de Souza Campos, Universidad de Campinas, Brasil

Emiliano Galende, Red de Salud Mental

Raúl Cerdeiras: Vamos a tratar de exponer algunos puntos referidos al tema de la política. Voy a comenzar sentando una tesis que va a ser de alguna manera la que ordene la exposición. Hoy vivimos la experiencia de una sociedad sin política. Yo pienso que la política no es un dato de la historia, algo que hay que ir a buscar y encontrar: la política es la que se crea, la que se inventa. Pienso que el último gran invento de la política que atraviesa más de un siglo y medio, sin la cual se hace ininteligible la historia humana de los últimos 100 años, fue la del marxismo. Creo que esa experiencia está concluida y con la experiencia de la última y gran invención de la política, la historia se quedó sin política. Por eso hoy vivimos la ilusión de una política que no es sino el mecanismo por el cual se encubre la falta de política; pero la crisis y el acabamiento del marxismo no es un hecho aislado, forma parte de la conclusión de toda una era, una era que para simplificar llamaremos "la modernidad", y que se estructuró alrededor de dos grandes pilares, el sujeto de la conciencia, de la voluntad y de la decisión, y la capacidad de la razón para descubrir las leyes que rigen el mundo, y a partir de la posibilidad de su conocimiento, decidir las acciones humanas. Esa estructura, esos dos pilares que fundaron a la modernidad, es el marco en donde la experien-

cia marxista hizo la experiencia de la política, y su conclusión no es sino parte de la conclusión del conjunto de esta experiencia.

He aquí entonces, que habiéndose colapsado una cultura y una sociedad que pensaba que existían necesidades, objetivos, realidades que estaban encarnadas como realidades esenciales en sí, que tenían un dispositivo de comienzo y de llegada, al haber colapsado esa idea, pareciera ser que la humanidad se hubiera refugiado ante la siguiente idea: habiendo entrado en crisis todas las certezas de la razón, el cambio, la novedad, lo imposible, ya no tiene lugar en esta cultura. Y es por eso que a la muerte del marxismo se le acompaña la idea de que sólo queda, por lo tanto, administrar y gestionar lo que es real y lo que es posible. Por lo tanto, la alternativa política que el pensamiento hegemónico dominante nos ofrece es la siguiente: o volvemos a insistir en un proyecto mesiánico, en un proyecto de una sociedad quimérica, en un proyecto de subvertir en función de un ideal puesto más allá y trascendente, y sobre él encarnar una acción, o insistimos en esa experiencia, o nos tenemos que quedar sometidos al simple juego de las reglas de lo posible. Esto tiene una traducción política, se llama: o totalitarismo o democracia -alternativa y dualidad que aparecen como formando polos opuestos- pero yo pienso que no son sino las dos caras de una misma moneda, que ambas articulan un solo y único proyecto de pensar la política, que es justamente el de impedir que circule la política. Tienen un eje común que los organiza y que consiste en que ambas entienden a la política como un procedimiento que, partiendo del análisis de la realidad social, conociendo supuestamente los conflictos y las necesidades que esa realidad social tendría, proyecta un sistema de representación que es encarnado por los partidos políticos que a partir de, o el voto en una elección como un sistema pluripartidista, o a través de la acción directa, por la acumulación de fuerza por vía de las armas, estaría en condiciones de tomar la llave del poder, que es el Estado, y a partir de ahí ya sea por vía electoral o por vía de la fuerza, propiciar las políticas a partir de las cuales los supuestos representados por esos políticos estarían en condiciones de realizar sus fines que serían -obviamente- la felicidad de todos. Esa estructura que determina que el Estado es el eje de la política y que los partidos, ya sean varios (sistema democrático) o ya sea uno (sistema totalitario), son los que mediatizan entre la Sociedad y el Estado las aspiraciones sociales.

Esa es la estructura dentro de la cual la modernidad vivió una experiencia política, pero que ya, ahora, se encuentra totalmente paralizada, puesto que, si esas son las condiciones para pensar y hacer la política, entonces nunca va a poder advenir lo realmente nuevo en el campo de lo social. Porque lo realmente nuevo, lo creativo, no es aquello que se planifica, no es aquello que se conoce de antemano como formando parte de una situación y que nosotros, los sujetos, a través del conocimiento de esa situación la desarrollaríamos y la pondríamos en movi-

miento. Lo nuevo, lo radicalmente distinto, lo que subvierte, lo que quiebra, lo que cambia, lo que realmente provoca descompensaciones estructurales en un sistema, es algo que no puede ser planificado ni pensado desde el campo de lo posible. Hay que abrir una nueva alternativa, hay que abrir un nuevo posicionamiento del sujeto, hay que abrir una nueva alternativa para pensar la política y entre los instrumentos más decisivos para poder llevar adelante ese juego, es poner la categoría de imposible al frente, y no la categoría de posible. Pero cuando uno plantea que la categoría de imposible tiene que ir al frente, inmediatamente abre el terreno de todos los malos entendidos, porque uno inmediatamente dice ;cómo, lo imposible al frente! ¿esto significa nuevamente volver a las quimeras, volver a la locura, volver a los proyectos mesiánicos? volver a qué?-. Esta es inmediatamente una objeción que hay que levantar, porque justamente decir todo eso significa tratar a lo imposible desde lo posible y nosotros sabemos, que desde lo posible, cuando uno aborda la categoría de imposible, lo aborda desde un lugar: el lugar donde están puestas las certezas y las certezas están puestas en la razón. En nuestra cultura se recurre a la razón, para que la razón trace una línea divisoria entre lo que es posible y lo que no es posible. Lo que la razón decide que no es posible cae dentro del campo de lo imposible y ese campo de lo imposible recibe también otros nombres generalmente despectivos y terroríficos, como de irracional, como de locura, como de demoníaco, etc.

Nosotros planteamos *invertir este proyecto*, *invertir este proyecto* implica tratar a lo imposible, no desde lo posible, sino al revés: tratar a lo posible pensándolo desde lo imposible, y de qué manera podemos situar a esta categoría de imposible para que no se nos escape en función de esas quimeras y esos devaneos, que inmediatamente trae su enunciado, de la siguiente manera: lo imposible es posible *historizarlo*, es decir *temporalizarlo*, y decir que lo imposible siempre aparece como imposible desde un lugar, no hay "lo imposible" en sí, lo imposible es aquello que no entra en el horizonte de condiciones de posibilidad en donde una época vive, imaginariamente sus condiciones de existencia. Yo les pongo un ejemplo que puede ser que me ayude a comunicar esta idea: para un newtoniano, pensar una física del estilo de la física cuántica o incluso relativista, es algo imposible, pero no imposible en el sentido que él pueda conocerla, discutirla, y desecharla. Imposible porque no es posible pensarla, es decir, está afuera de su horizonte. Nadie podía pensar la física cuántica desde la física newtoniana, hasta que se la propone. Desde el punto de vista del arte clásico, Picasso es imposible, porque no había ningún lugar de donde poder situar esa experiencia. Para toda la cultura, si nosotros nos ponemos en el lugar de la apertura de las grandes novedades que han quebrado y producido rupturas en los distintos campos de las experiencias humanas, nosotros nos damos cuenta que tienen la jerarquía de imposible, justamente, porque eran impensables dentro del cuadro de posibilidades en

la que estaba organizada la situación, que quedó luego subvertida por el advenimiento de esto, que luego se ingresa y se inscribe en una historia.

Entonces nosotros planteamos de alguna manera abrir otro dispositivo del pensamiento de la política y decir: hay que sacar ante todo a la política del lugar en donde nos la quieren poner, y nos quieren poner a la política como un procedimiento de gestionar lo posible a partir de la existencia de un supuesto aparato, el aparato del Estado, que sería el lugar desde donde se administra todo lo que es posible, y que a nadie se le ocurra plantear algo que no sea posible. Este es el primer punto -diríamos en negativo- el que tendríamos que rechazar. El otro si es creación -yo no tengo- ni nadie va a poder tener recetas de qué es lo que hay que hacer, sino lisa y llanamente hacerlo, proponerlo, pero hacerlo y proponerlo en qué condiciones -y con esto voy a intentar concluir-.

Decir que vamos a pensar lo imposible, no desde lo posible -yo les decía- que implicaba invertir la relación. Invertir la relación significa que ahora se puede pensar al revés. Es decir, se puede pensar el mundo de lo posible desde lo imposible. ¿Y a qué conclusión llegamos? llegamos a la siguiente conclusión: que nuestro siglo a través de sus grandes acontecimientos -y yo entiendo-, que los grandes acontecimientos de este siglo son el advenimiento de la teoría freudiana, que deconstruye el sujeto de la conciencia. Creo que los grandes acontecimientos son la aparición de las paradojas en el seno de la lógica, la estructuración de los grandes teoremas de la lógica contemporánea que han roto con la ilusión de una razón completa y con capacidad de poder hablar y decirlo todo. Los grandes acontecimientos de nuestra época son el advenimiento de estructuras estéticas, vanguardias estéticas que han roto con todos los esquemas representativos en el campo del arte. Los grandes acontecimientos de nuestra época es la aparición de la física indeterminista y así sucesivamente, uno podría nombrar cuatro o cinco acontecimientos que han quebrado totalmente las ilusiones de la razón que decía que solamente era posible aquello que la razón podía enunciar, y la razón podía enunciar en su secuencia ordenada todo lo que era propio de su campo. Pero, lo que hoy quedó demostrado es, justamente, que ese sueño es imposible, o sea lo que es imposible es cerrar en un todo orgánico y homogéneo una realidad, por lo tanto uno podría decir invirtiendo el vínculo, que todo lo que se nos presenta como posible es imposible; que todo lo que se nos presenta como completo, es incompleto; que todo lo que se nos presenta como acabado, tiene un punto de inconsistencia, un punto de vacío, -para decirlo rápidamente- que implica que nunca una situación puede cerrarse. Luego, si una situación nunca puede cerrarse, quiere decir que en esa situación es posible que aparezcan estructuras, movimientos o acontecimientos que desorganicen esa realidad.

Es sobre la base de que toda estructura basada en lo posible es imposible que se constituya como elemento armónico y cerrado, es por lo tanto, en esas fractu-

ras, en esas rupturas, en esos ruidos o en esos síntomas, que es posible lanzar una interpretación, una nominación, o la apertura de algo nuevo que sea -obviamente, y ese va a ser el efecto primario- imposible de ser digerido por el orden de lo constituido, es decir, por el orden de lo posible.

En consecuencia, lo que estoy tratando de decir como culminación, es que hay que inventar la política, hay que reinventarla. No podemos ir a buscarla con recetas sino que la política como el arte, es un encuentro, no una búsqueda. Y en ese sentido, yo quiero que mi exposición quede dirigida a homenajear a todos aquellos que en un momento de crisis han tenido el suficiente coraje de sostener con su cuerpo y con su palabra, una tesis, una hipótesis, una posibilidad a la que mundialmente fueron en su momento condenados generalmente con el mote de locos. Nada más y muchas gracias. (*Aplausos*).

Gastão W. de Souza Campos: Yo tengo una serie de concordancias y diferencias con Raúl. En primer lugar yo quería pedirles miles de disculpas por mi incapacidad de hablar correctamente en español, yo no soy de aquí. Nosotros brasileños, quedamos aislados de América Latina y yo por supuesto también, entonces, yo hablaré con miles de errores -qué se va hacer- pero yo tengo que hablar. Yo estoy un poco nervioso también, porque acá están presentes dos de mis mayores maestros de la salud y de la política: el profesor Giovanni Berlinguer, Mario Testa, entonces para mí es como prestar cuentas, hacer un examen de maestría -una cosa así-. Los organizadores de estas jornadas me habían solicitado otro tema para esta mesa, yo preparé toda una discusión sobre nuevas perspectivas de salud: la clínica, la salud pública, y cuando acá llegué me encontré con el año 2000, nuevas perspectivas de pensar, entonces, vamos al año 2000.

Yo intentaré hacer algunas reflexiones sobre nosotros, quiénes somos nosotros. Ese conjunto de gente, ya sea gente de izquierda, socialista, demócratas, la gente que trabaja con la atención primaria, con la reforma sanitaria, con la medicina social; entonces mi exposición será un poco sobre nosotros. En Brasil, nosotros -esa gente-, de izquierda, socialistas, humanistas, últimamente nos quedamos "perplejos" -es la palabra en Brasil- y acá en Argentina ustedes están "abrumados". (*Risas*). Entonces entre "perplejos" y "abrumados" con esta crisis de fin de siglo, nosotros nos quedamos también en Brasil tristes y acá yo presiento que ustedes están tristísimos. (*Risas*). Hay una serie de concordancias, de identificaciones. Yo pensaba sobre los mecanismos que han orientado nuestra teorización y nuestra práctica. Nosotros somos muy competentes, muy capaces de hacer grandes denuncias, grandes críticas. Acá en Argentina está de moda hablar sobre el ajuste. Yo pienso que es muy justo, es muy necesario criticar el ajuste.

En Brasil no hablamos dos palabras sin referir al Estado, al gobierno, toda nuestra formación de salubrista, de atención primaria. Siempre nosotros estamos

pensando en un interlocutor que es el Estado y cuando pensamos en la gente de la acción, de la transformación, nosotros estamos siempre refiriéndonos al Estado, criticando al Estado, pensando en el Estado y nosotros hemos pensado muy poco sobre otro sujeto: sobre nosotros mismos, sobre la gente, sobre los trabajadores, sobre los sindicatos, sobre cómo cada país construye su propio Estado.

Susana Belmartino -ayer- decía que el Estado argentino, que la burguesía argentina mira al Estado como Dorian Grey y se horroriza frente a ese Estado que es su reflejo, un espejo. Yo diría que el Estado no es solamente un reflejo de la burguesía argentina. Es un reflejo de todos los argentinos. Yo puedo hablar sobre Brasil, yo no voté a Collor de Mello, pero yo tengo alguna responsabilidad, de alguna forma nosotros, todos. Yo soy parte de aquello. Entonces me preocupa mucho que nos quedemos en este marco de criticar sobre esta política de neoliberalismo que acá ustedes llaman de ajuste. Yo pienso que no es un buen nombre. Ajuste es una hipocresía, es una política de recesión, de carencias, es una política de corte no es solamente un ajuste: es mucho peor.

Pero más que que criticar el ajuste, al menos el 80% de las intervenciones de los sindicalistas, de varios intelectuales argentinos yo sentí criticar duramente, hondamente el ajuste, la política de ajuste, pero me preocupa qué hacer para cambiar esto, con qué ropa -como decimos en Brasil-, con qué fuerzas, con qué composición, con qué discurso, con qué propuestas, con qué gente, con qué composición de fuerzas, con qué política nosotros vamos a cambiar esto. Me pasa que es más importante ahora discutir esto. ¿Por qué el neoliberalismo es tan importante, es tan hegemónico en este fin de siglo?

Yo pienso que el centro de nuestra crisis actual, de la crisis teórica, de la crisis práctica, de la crisis de nuestra teorización, es que nosotros valoramos mucho, tomamos mucho a los hombres como objeto. Nosotros no nos habilitamos, nosotros no nos tornamos competentes para trabajar con el concepto de "sujetos sociales". Yo pienso que ser revolucionario hoy significa centralmente, trabajar, crear, imaginar condiciones, situaciones, movimientos, dicusiones que sirvan, que contribuyan para la construcción de sujetos sociales, individuales y colectivos.

Hay que disminuir la distancia entre los medios y los fines. Nosotros tenemos algunos fines como derrotar el ajuste, derrotar el neoliberalismo, construir una sociedad democrática y solidaria. En cuanto a ese proceso, habrá que instrumentar los medios para llegar a esos objetivos, a esos propósitos, y va a ser necesariamente y a través de la construcción de sujetos sociales.

Felix Guatari -es un filósofo, político y psicoanalista francés-, dice una frase que en mi opinión, sintetiza esa perspectiva. El dice que "la única finalidad aceptable de toda actividad humana es la producción continua de una subjetividad autoenriquecedora en su relación con el mundo". Esto implica en grandes transformaciones en nuestras formas de hacer política, de pensar social -el individual y

colectivo-. Para hacer esas grandes modificaciones yo no "juego fuera" mi pasado, nuestro pasado. Yo no pienso como Raúl que el marxismo se acabó. Yo pienso que el marxismo, es aún un instrumento muy importante para la construcción de esa tarea que yo estoy acá proponiendo: la construcción de sujetos sociales como instrumentos para la construcción de la democracia, de la salud y de una serie de otras cosas. No el marxismo estructuralista. No el mecanicismo. No el marxismo dogmatizado oficial. Yo pienso que los errores que Marx ha cometido, son principalmente errores que cuando él mismo -en mi opinión-, violó la lógica del análisis dialéctico. Cuando él, por ejemplo, habló sobre el fin de la filosofía -me parece que es una gran tontería, es una bobada, como nosotros decimos-. No hay fin de la filosofía. El marxismo hoy fue enriquecido, puede ser enriquecido por los aportes de nuestra práctica, por los aportes del psicoanálisis, por el aporte de Foucault, de Habermas, más una serie de otros pensadores, de otros intelectuales que modificaron, que recolocan aún hoy la necesidad de filosofar, de construir nuevos conceptos, entonces, eso es un error. El marxismo también se equivocó cuando afirmó con la posibilidad de crear una sociedad donde no habría mas contradicciones, donde el conflicto se habría terminado -como en el comunismo del futuro, del socialismo-, para mí eso sería una sociedad muy aburrida, por lo tanto no es una sociedad por la cual nosotros pelearíamos...

...Yo pienso que a partir de estas perspectivas, es posible repensar una serie de prácticas, una serie de acciones, sin ahogar nuestro pasado -para muchos distante-. Entonces, en la teoría nosotros tenemos que empezar de nuevo. En Brasil hoy nosotros decimos, que ser revolucionario es empezar de nuevo eternamente. Pero ese comenzar de nuevo, no significa comenzar de nada. Entonces, en teoría, yo pienso que Antonio Gramsci es muy ducho para pensar el Brasil, para pensar la construcción de sujetos sociales, para pensar la salud, para pensar las instituciones. Para que nosotros incorporemos el psicoanálisis, por ejemplo, hay que romper con el elitismo, el cerramiento del psicoanálisis que se transformó en un segmento corporativo de hacer consultas médicas, un instrumento con rasgos muy cerrados. Ellos nos pasan la idea -la mayoría de los psicoanalistas- que para comprender el funcionamiento, los conflictos de la mente, la dinámica de la mente, los pediatras, los médicos, los agentes de salud, tenemos que hacer cursos de diez años, mayores que el curso para aprender a tocar violín. Esa es una violencia, una forma de apartarnos, de impedirnos la construcción de sujetos sociales. Hay que jugar en las calles, en las escuelas, en la práctica de cada profesional de salud, en estos conocimientos renovados, readaptados. Eso no es rebajar la teoría: eso es una postura corporativa. Entonces, nosotros tenemos que aproximarnos a esta teoría con esta perspectiva, con la perspectiva de la práctica, con la perspectiva de resolver problemas concretos que nosotros tenemos hoy. En relación a la práctica, ese tomar a las personas como objeto, es muy característico

a los partidos de izquierda. En América Latina nosotros somos centralmente populistas, o los más de izquierda son vanguardistas. La gente está siempre ajena, está siempre lejos de nosotros, son objetos que nosotros hemos de ganar, convencer -no son compañeros que van a dirigir como yo, compañeros que merecen discutir la teoría, conocer los secretos de la política, de la vida-.

Entonces, lo mismo en nuestra práctica de salud, los epidemiólogos, los médicos sociales -nosotros- somos unos "positivistas de marca mayor". Nosotros hacemos los diagnósticos de salud; nosotros sabemos cómo y dónde las personas sufren; nosotros sabemos las propuestas de salud y la demanda de las personas que procuran atención medicalizada, confusa, pero con su dolor -no es un concepto que nosotros aceptamos, es el diablo, es el mercado-.

Entonces ¿cómo huir las personas, tanto en la clínica, en la política en nuestra práctica, de eso de tomar al ser humano como objeto, que es uno de nuestros problemas de la actualidad que nosotros tenemos que superar en la teoría y en la práctica?

Yo quería hablar un poco sobre esa hegemonía del neoliberalismo: ¿por qué hoy en este fin de siglo, por qué ahora el liberalismo es neoliberalismo, esa nueva política de ajuste esa nueva perspectiva, es tan fuerte? ¿Indudablemente hubo una crisis, una queda en el socialismo real: cayó, todo eso se hundió y hay una crisis. ¿Dónde está esa fuerza del neoliberalismo, del capitalismo?

El neoliberalismo -en Europa occidental, en la Argentina, en Brasil o en México-, fue capaz -en cierta medida- de construir nueva clase de ciudadanos. Ellos consiguieron -nosotros tenemos que analizar esto- ampliar sujetos sociales. Pero hay contradicciones y es ahí donde tenemos que trabajar: ¿cuáles son esas contradicciones?

En mi análisis -yo estoy hablando como un niño, pero...*(risas)*-, esas contradicciones se dan en dos instancias: el capitalismo asigna a la gente, apunta a la gente, promete a la gente una realización de la subjetividad de nuestros deseos solamente en el campo del consumo. Entonces, hay toda una alienación, hay toda una represión en el campo de la producción, no tenemos autonomía, en cuanto productores -de bienes o de servicios-, en cuanto médicos, en cuanto trabajadores del campo de la producción, que es un campo altamente autoritario, burocratizado donde el autoritarismo es prevaleciente -todo esto es analizado por Gramsci y hace ya decenas de años- y toda nuestra realización es deslocada para el campo del consumo. Entonces nuestro proyecto de transformación social, tiene que apuntar, tiene que ganar a la gente -en nuestra discusión de la alienación es un concepto muy importante-.

La gente no se realiza exclusivamente en el campo del consumo. ¿Cómo transformar el trabajo de los médicos, de los enfermeros, de los metalúrgicos, de los químicos, de los bancarios y de toda la gente en un momento de realización?

Nosotros pasamos por lo menos -cuando no estamos desempleados, que es otra contradicción del capitalismo-, la media parte de nuestra vida despierta, trabajando. Para el hombre el trabajo es central, como para el niño el juego. Entonces, esa alienación en el trabajo, en el hospital, es un problema que nosotros tenemos que discutir, que ver cómo resolver, cómo trabajar. Esto tiene que ser central en nuestro proyecto.

La otra instancia de contradicción del neoliberalismo es la exclusión y la alienación. Hay una exclusión interna en cada país. En los Estados Unidos de América, millones y millones de personas quedaron apartados de las posibilidades de consumo de salud, de consumo de música, de auto o de cualquier cosa.

Una de las características del capitalismo posmoderno es que la productividad es cada vez mayor, la rentabilidad es cada vez mayor, la lucratividad de los grandes empresas, de los grupos financieros, pero el consumo es cada vez menos. Ellos escogen producir productos más sofisticados para un número cada vez menor de gente. Es un mecanismo muy loco. Si el neoliberalismo sigue sus propios pasos, nosotros, todos, en el futuro seremos una "gran Africa del Sur" donde la burguesía, la clase media, tiene que defenderse con alambrados, con muros, con guardias porque es un mecanismo de exclusión. El conflicto de Los Angeles es una expresión dramática de esa exclusión. Pero la exclusión es también una exclusión internacional, una exclusión entre los países. Esa política impuesta a América Latina a veinte y treinta años de la deuda externa, de la recesión de ese estado de ajuste. Es una exclusión, es una cosa loca. Ellos apuestan en nuestra miseria, ellos apuestan que las escuelas, que las universidades, que los hospitales -de Brasil y Argentina- quedarán cerrados, que nosotros quedaremos cada vez más pobres. En nuestras sociedades habrían solamente apenas algunos millones de personas que vivirían su subjetividad, su consumo, su realización. Es un modelo que tiene contradicciones muy profundas. Yo pienso que con nuestro proyecto debemos conseguir, además de un proyecto en general contra el ajuste, la transformación general de la sociedad -que es necesario-; las buenas cosas tienen que acontecer en cada espacio -en los hospitales, en los centros de salud, en la familia, en la calle, en el barrio, en la fábrica, en el partido-. Yo pienso que esas pequeñas, esas chicas transformaciones es el espacio privilegiado a donde nosotros podemos construir sujetos individuales y colectivos. Para eso, nosotros tenemos que superar varios de nuestros prejuicios.

La necesidad social es nuestro proyecto y nosotros tenemos que tener una apertura para que la gente coloque sus necesidades. Y yo tengo como cierto que entre la necesidad de la gente, no estarán apenas solamente la democracia, la participación, la solidaridad, estará siempre la realización individual, el consumo, la necesidad de auto, de música, de rock, de atención individual, de atención clínica. Entonces, nosotros tendremos que estar abiertos a ese tipo de apertura.

Ayer por la noche, un compañero decía, que nosotros -de izquierda, médicos sociales- tenemos que desenvolver una capacidad mayor de seducir los grupos, los trabajadores con quienes nosotros estamos hablando e intentando hacer alguna cosa nueva, entonces, otro compañero le dijo que ese es un problema de psicoanálisis, de consultorio "la seducción está fuera de la política" -era una broma, pero toda broma es seria.

Nosotros tenemos que ampliar -y mucho- nuestra capacidad de parecer con la gente. No nos da el derecho el hecho de ser diferentes, de teorizar, de traer la cuestión de la alienación, que no aparece espontáneamente. Yo no creo que este fin de siglo es el tiempo del espontaneísmo, del basismo, que las cosas van a acontecer por si mismas, por las contradicciones mismas del neoliberalismo, que todo se hará automáticamente. Yo no creo en eso. Yo creo que los sujetos sociales -nosotros, los intelectuales- tenemos un papel muy importante, los que tenemos una vocación, una voluntad. Que nuestra subjetividad depende de que nosotros seamos dirección, de que nosotros cambiemos la realidad, nosotros inquietos e incomodados. Entonces, yo pienso que hay que valorizar la discusión pero hay que tener una generosidad, al mismo tiempo que una combatividad muy grande. Hay que tener una capacidad mucho mayor de componer con personas, con la gente, con los trabajadores, con los médicos que son muy diferentes de nosotros. Yo no hablé casi nada de salud -espero que no haya hablado mucha tontería-. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Mario Testa: Bueno, ustedes lo vieron, lo oyeron, se llama G. W. De Souza Campos. Dice que yo le he enseñado algo. Es absolutamente falso. Cada vez que lo oigo hablar, cada vez que dialogo con él me siento reconfortado, reafirmo algunas cosas que pienso y renueva mi esperanza de que las cosas no van a terminar así como van, sino que pueden ser modificadas. Gastão, ya que no hablaste de salud, yo tal vez pueda hablar algo de eso. Entonces, voy a centrar mis palabras hoy en decir como pienso yo la cuestión de la salud, repitiendo algo señalado antes, en otras oportunidades.

Desde luego, no pienso yo la cuestión de la salud como una cuestión sectorial; es decir, no pienso como algo que esté centrado y aislado, dentro de lo que los planificadores llamamos durante mucho tiempo el "Sector Salud". El sector salud es una idea que parte de un invento. El sector salud no existe en la realidad, es una cosa que nosotros inventamos para poder -digamos- manejarlos con recursos, con presupuestos, con programas, con cosas por el estilo.

Pero no hay un sector salud en la realidad -es decir, vamos a llamar sector salud a tal e igual cosa, al conjunto de hospitales, los centros de salud, los profesionales que trabajan en esto, etc.-. A mí me gusta, en contra, pensar la salud -como decía Tanguilem- como ..."un modo de andar en la vida", y en mi definición tie-

ne que ver con algunas de las cosas que se han estado diciendo, con algunas de las cosas que dijo Gastão: habló del trabajo como una categoría muy central, habló de la subjetividad, y habló de la necesidad de seguir desarrollando una lucha en muchos terrenos, para poder combatir con lo que se nos presenta en este momento como la última alternativa posible en el desarrollo de nuestras sociedades. Y yo comparto esto. Y cuando trabajo en salud, pienso en estos tres aspectos centrales: y hablo entonces del cuerpo que trabaja, del cuerpo que ama, y el cuerpo que lucha. Y centro mi definición de salud, mi pensamiento -mejor dicho, mas que mi definición- en estos tres aspectos.

Y con respecto a "nuestro cuerpo que trabaja", recuerdo mucho algo que me planteaba Varsavsky -era un matemático argentino-, que en los últimos años de su vida desarrolló una muy interesante teorización sobre muchos aspectos que hacían, a lo que él llamaba, una teoría constructiva. Entonces hablando del trabajo, él decía que el trabajo tenía que ser "pueblo céntrico" y no "empreso céntrico", usaba estos neologismos, es decir, decía "pueblo céntrico" como centrado en las necesidades del pueblo y no "empreso céntrico", es decir, no centrado en las necesidades de las empresas. Y esta idea de lo pueblo céntrico, a mí me parece una idea fundamental. Una idea que a mí me parece muy importante cuando uno quiere desarrollar -lo que Gastão decía-, un nuevo pensamiento en torno a la posibilidad de construir el socialismo. La idea de trabajo centrado en las necesidades del pueblo, quiere decir, un trabajo que signifique derrotar aquella famosa frase que habla de ..."ganar el pan con el sudor de la frente", es decir, el trabajo tiene que ser de tal manera que signifique una satisfacción para el cuerpo que trabaja. Y esta no es la manera en que se piensa en general este problema, es decir, esto se piensa desde el punto de vista de como mejorar los beneficios monetarios de las empresas.

Un pensamiento socialista, debería pensar el trabajo como aquél que produce satisfacción en el trabajador, además de -por supuesto-, producir los bienes y los servicios que son necesarios para la población -esto que mencionaba también Gastão, acerca de las necesidades de consumo de la población-. De manera que este es uno de los elementos, que a mi juicio, forman parte de como pensar la salud. Pensar la salud en torno al cuerpo que trabaja y cuales son esas necesidades.

Y hemos oído en estos días, algunos aportes en esa dirección. Hay en estas jornadas gente cuyo pensamiento está centrado en estos problemas. Hay aquí fisiólogos del trabajo, gente que ha estado analizando problemas en el trabajo, y muchas veces se ve como los trabajos en la forma que se realizan, son importantes generadores de enfermedad. Entonces, hay que pensar en el trabajo como generador de salud.

El segundo punto que yo menciono es: el cuerpo del afecto, el cuerpo de la subjetividad. Y entonces -insisto también- que pensar la salud es pensar el cuer-

po del afecto, es pensar el cuerpo que ama, en todas las dimensiones en que esto tiene algo que ver. Recuerdo -además en esta casa- la definición que hace Fromm del amor, cuando habla de que el amor es el deseo de que el otro desarrolle el máximo de sus capacidades, de todas sus capacidades. Me parece una muy buena manera de entender esta cuestión del afecto. Y esta, entonces -digamos- sería una manera de incluir esta subjetividad, este pensamiento del afecto como un problema también central de la salud.

Y el tercer punto es: "el cuerpo que lucha", este cuerpo que lucha para garantizar -fundamentalmente- esta forma de pensar el trabajo y el afecto como cuestiones centrales que hacen a la salud.

De manera que, mi manera, mi forma de pensar salud se centra en estos tres aspectos. Yo creo que de lograr desplazar el pensamiento de salud hacia estas formas de pensamiento, nos daría otras perspectivas para entender los procesos de salud- enfermedad. Nos daría otras perspectivas para estudiar, para investigar estos procesos. Nos daría otras perspectivas para enseñar cómo hay que trabajar en el terreno de la salud.

Voy a hacer una breve referencia de cómo ubicarme en este tema, -estaba por ahí Hugo Spinelli recién- cuyo título es "Pensares al fin del Milenio". ¿A quien se le habrá ocurrido este título?

Y yo siempre repito que frente a un problema mi primera pregunta es ¿en qué historia estamos? -esto me lo enseñó una de mis maestras que es Susana Belmartino- la idea de pensar en qué historia estamos -y tiene que ver con lo que decía Raúl al principio y lo que dijo Gastão después-.

Mi pregunta es ¿ya en este momento estamos en una nueva historia, es decir, cambió la historia, terminó una historia y comenzó otra?, esta es mi pregunta a la cual -digamos- estoy en duda frente a lo que decía Raúl, pero también frente a lo que decía Gastão. No estoy convencido de que haya terminado una historia y que haya comenzado otra, y no estoy convencido de que haya también una continuidad -es decir- que no se haya interrumpido el desarrollo histórico. Cuando yo digo "terminado una historia y comenzado otra", quiero decir esta idea de la periodización histórica - ¿no?- de que significa que una historia termina. Clásicamente afirmábamos que una historia terminaba cuando cambiaba un modo de producción -esto está pensado en términos de la determinación económica de la historia- y yo no veo que haya terminado definitivamente un modo de producción. De manera que no creo que haya habido una interrupción tan, tan radical, tan absoluta como se marca desde algunos pensamientos. Lo que sí creo es que algo ha finalizado y tiene que ver con esto que Raúl planteaba al principio, acerca del "fin de la modernidad". Scott Lach, lo dice de una manera muy clara, habla del fin de las grandes metanarrativas. Es decir, como que hubiera terminado un proceso histórico centrado en ciertas cuestiones muy fundamentales, como que ya

no se pudiera explicar los acontecimientos históricos a partir de una concepción única, de una concepción como, por ejemplo, esta determinación económica absoluta. O entender que la lucha de clases es lo único que hay que saber, para saber como se desarrolla la historia. Y digo esto porque tiene que ver con lo que estaba planteando antes, tiene que ver con el pensar la salud de una determinada manera. Creo que no se puede la centralidad de un único pensamiento, estas grandes metanarrativas de las cuales habla Lach. De manera que sigo sin poder contestar a mi pregunta acerca de si ya estamos en otra historia. Cuando digo "estamos en otra historia", me refiero a los cambios ocurridos en los últimos años y casi diría meses, estos derrumbes catastróficos en los países del socialismo real. Porque algo ha cambiado en nosotros con esto. Durante mi adolescencia, mi juventud, durante toda mi vida, sigo siendo joven, aunque como decía el otro día lo disimulo bastante bien, pero durante toda mi juventud tenía algo así como en el trasfondo de mi pensamiento, había algo que resultaba como esperanzador. Había una cosa que se podía construir -que ya se había construido- y que resultaba un faro iluminador que nos guiaba. Que era esta idea de que se podían construir países solidarios igualitarios. De repente ocurre que esto desaparece del horizonte del pensamiento, o se nos quiere hacer creer que desaparece del horizonte del pensamiento. Y esto me crea a mí una gran angustia, dificulta mis pensares al fin del milenio realmente. Pero, sin embargo, yo veo que esta construcción -que señala Gastão- de sujetos sociales, esto que estamos haciendo en estas jornadas, y que no es otra cosa que construir sujetos sociales, a pesar de los momentos en que se nos dice que no hay que pensar más. Y nosotros seguimos insistiendo y decimos sí, tenemos que pensar; sí, tenemos que construir sujetos sociales; sí, tenemos que retomar las preguntas de la filosofía; sí, tenemos que construir sujetos sociales; sí, tenemos que pensar en la salud, porque esto de pensar en salud, es un pensamiento transformador. Y entonces, todas estas cosas son las que de alguna manera -y sobre todo cuando son jóvenes los que plantean estas cosas- jóvenes como Gastão, jóvenes como Spinelli, como la comisión organizadora de estas jornadas, estos jóvenes son los que hacen para mí -a pesar de mis dudas y mis confusiones-, hacen renacer mi esperanza. Gracias. (*Aplausos*).

Emiliano Galende: Bueno, supongo que a pesar de lo que recién decía Mario del título que se le dio a esta mesa, nadie tendrá sinceras esperanzas de que podamos elaborar algún pensamiento sobre el milenio, en los pocos minutos que tenemos para cada uno. Ni siquiera la suma de las cuatro exposiciones podría esbozar alguna idea sintética respecto del milenio. También, creo yo, que el milenio pasa como con ciertos aniversarios que tienen la función de marcar, fijar fechas sobre las que uno -de algún modo- deposita expectativas de marcar allí ciertos cambios. Para lo cual uno hace el borramiento de que los cambios suceden

todos los días y tienen una lógica de desarrollo, que seguramente no se rige por los calendarios y las fechas que ellos marcan.

En ese sentido, yo no creo que haya que esperar nada excepcional del milenio en sí, ni de la fecha que el milenio nos marca, en ese sentido, no se trata quizá de un pensamiento anticipatorio que pueda -de alguna manera- construir o imaginar aquello que va a venir, sino -quizás- entender ciertos procesos de la realidad actual, de la vida actual, que pueden indicarnos hacia dónde sí nos dirigimos, pero también pueden indicarnos cuáles son los requerimientos reales de acción que tenemos cada uno para ser protagonistas reales y efectivos de este devenir.

Me había fijado en una frase -que surgió con la mesa que había puesto la comisión organizadora en el programa- acerca de la fragmentación de la historia y la unidad. Yo había imaginado -al principio- hablar desde la perspectiva de salud mental, en la medida que es el territorio o campo sobre el cual tengo yo organizada mi experiencia y mi posibilidad de reflexión. Pero -claro- hablar hoy de salud mental, Souza nos decía recién respecto de los psicoanalistas, si algo he aprendido en los últimos años es que es imposible captar las problemáticas de salud mental, si no es interrogándose sobre las condiciones reales de existencia, las condiciones de vida de las personas y sobre los medios de producción, ciertos valores en la subjetividad, que son los que organizan y definen los modos prácticos, cotidianos de la vida.

No es una interrogación que se dirige a la existencia de patologías o enfermedades, o de síntomas, sino a las condiciones posibles de producción de la vida cotidiana. Entonces, desde esa perspectiva -probablemente- lo que yo diga si bien no pertenece -y yo comparto lo que decía recién Mario- de que el sector o la idea de un sector salud no es más que una fragmentación que desde el conocimiento, desde la necesidad conceptual se puede hacer de la realidad, pero no es un existente real, entonces desde esa perspectiva -diría- va a impregnar lo que yo digo.

Hay una cuestión -que decía Cerdeiras al principio- que voy a tratar de abordarla desde otro lado. Me había anotado una pregunta: si nos encaminamos a ser más realistas en el pensamiento y la acción. Si la actualidad nuestra da para pensar que estamos en dirección de constituirmos en sujetos más realistas, ya que es eso lo que en cierto modo se nos interpela y nos exige desde este discurso de lo posible.

Uno puede tomar allí una frase que hace poquito dijo el ministro de Economía Cavallo, criticando a los políticos, y decía que los políticos venden ilusiones -y era un llamado a la realidad de lo posible-. Y uno podría oponer esta frase con aquello que los jóvenes del Mayo Francés del 68 habían lanzado: "la imaginación al poder". Casi como lo opuesto de este llamado al realismo y a lo posible. Esa frase "la imaginación al poder", suponía que era posible imaginar una realidad, una sociedad de un modo de vida social y una cultura, y que esa imagina-

ción era la que -puesta en situación de poder- iba a dar la posibilidad real de la creación de esa sociedad y de esa cultura previamente imaginada y deseada.

El realismo pragmatista que circula como valor social tiende a oponerse fácilmente a la utopía como aquello que se podría pensar sin un sitio, sin un lugar, o a los ideales, o a los idealistas. Y se nos quiere convencer -de algún modo- que el mundo se ha hecho más realista, porque se ha ido pegando más a las soluciones prácticas y a cierta ideología pragmática y utilitarista, y que concomitantemente han caído los idealismos y han caído las utopías. Para ello nos dan algo así como las pruebas de esta opinión: la caída del Muro de Berlín, la caída de los socialismos reales. Entonces uno puede tener casi la impresión visual de que somos constantemente bombardeados a creer que estamos siendo más realistas, y que estamos perdiendo ilusiones que no llevaban a ningún lugar, a una especie de utopía sin un lugar real de realización. La realidad humana no es una realidad de cosas preexistentes a nuestro modo de pensarlas. Los modos en que pensamos, las palabras con las que tratamos de entender y dar cuenta de las cosas, son al mismo tiempo constructoras de la realidad humana. La realidad humana es responsabilidad de la construcción de los sujetos reales, de las personas, no existe por fuera de nuestros discursos, de nuestras palabras, de nuestros modos de imaginar y de construir cotidianamente esa realidad. El viejo truco -que los que estuvimos en algún momento en la política conocemos-, consiste en dar como natural ciertos datos de la realidad humana para que, a partir de allí, hacerla inmodificable. Y al mismo tiempo hacer pantalla, ignorar, borrar, discriminar -de algún modo- que hay fuerzas humanas reales soportadas en sujetos completos, personas concretas, y en intereses humanos concretos, que son los que construyen esa realidad humana y no natural.

Entonces, si uno entiende que los modos de percibir la realidad y los discursos que se construyen sobre ella, son al mismo tiempo constructores de los procesos humanos, esta realidad -de la que Cavallo habla, cuando dice que no hay que vender ilusiones, esta realidad humana, es construida por sujetos concretos, responde a ciertos intereses y es una realidad también discursiva, también está soportada en una ideología que es la que le da coherencia, consistencia y la que se transmite cotidianamente y machaconamente-.

Cualquier posibilidad de transformar la realidad, requiere un proceso previo que no es estrictamente de anticipación, sino de generar cierto espacio ilusorio de imaginación creadora, cierta posibilidad de invertir -como decimos los psicoanalistas- con deseo, cierta realidad a la cual se quiere llegar, dualidad que siempre va estar ligada en algún plano a una ilusión, a un deseo de realización de algo que se quiere.

Sin esa condición, no hay posibilidades de transformación de la realidad humana. Toda realidad humana requiere de ese momento ilusorio, imaginativo,

creativo y en algun sentido anticipatorio, de lo que se quiere construir. Entonces defender la ilusiones en política, defender la imaginación creadora y defender el deseo humano, es defender las fuerzas mismas que tenemos para construir y transformar la realidad en que vivimos. Todo apelativo o todo llamado a un realismo engañoso o a un pragmatismo distorsionador de la realidad humana, no es más que un llamado a la despotenciación de las fuerzas que tenemos. Es un llamado al abandono de lo que tenemos como fuerza transformadora que son las ilusiones, el deseo, la imaginación, los sueños. En ese sentido, la política, yo no coincido con Cerdeiras que la política ahora es puramente administración, me parece que no es puramente administración de lo público, me parece que sigue siendo soportada por sujetos reales, por ideologías fuertes que son las que estructuran y organizan esta realidad. Entonces, me parece que uno de los rasgos distintivos de esta política, es que justamente está dirigida a abolir el deseo de transformación, abolir los ideales, abolir las ideologías. Por lo tanto, también está dirigida a un imponer más por la fuerza -por la fuerza de los más fuertes, por los que tienen las condiciones de construir esta realidad-, justamente sin argumentaciones, sin la enunciación precisa de los deseos que llevan a la construcción de esta realidad. Esta realidad no se presenta como el deseo de sectores sociales, como las ambiciones de grupos humanos: se presenta como la realidad, como lo posible, como lo necesario, como lo práctico. Con la cual se engaña que detrás de ésta están las ambiciones, los deseos y las ilusiones de otros sujetos que son los que imponen finalmente esta realidad. Entonces paso a un segundo punto que es ¿qué realidad es finalmente la que se está construyendo?.

No quiero detenerme sobre esto, pero creo que hay algunos datos que -aunque parciales- pueden ser ilustrativos además del sector en el cual nosotros nos movemos. La sociedad capitalista actual -esto es un dato perceptible, uno lo ve en las calles-, ha entrado en un centrifugado feroz de grandes sectores sociales que son expulsados a un límite que genera nuevas condiciones de vida social. Pero que también es un límite humano donde se abre un campo de incertidumbres. No hay duda que hay un proceso de marginación creciente, y que quizá la sociedad actual produce niveles de exclusión antes no conocidos. La exclusión no es sólo de los que visiblemente se instalan en los bordes, en los márgenes de las ciudades -las villamiserías o aquellos que demuestran con sus ropas, sus gestos, sus actitudes, la pertenencia a esos bordes, a esos márgenes-. La marginación se va produciendo a presión, cotidianamente, en sectores cada vez más amplios del tejido social, que aunque siguen viviendo y habitando los sectores del interior de la ciudad o siguen disimulando y sosteniendo como pueden ciertos rasgos de su pertenencia a los grupos humanos y a la sociedad en la cual estuvieron, están fuertemente presionados para ir abandonando hábitos, modalidades de vida, espacios de cultura, etc., empujados a este borde.

Este proceso se acompaña además -creo yo-, de una agudización enorme de las diferencias sociales. Que quizás son todavía más perceptibles en los países que habían logrado -por sus niveles de ingreso-, una mayor homogeneidad en el tejido social -eso en los Estados Unidos y algunos países de Europa y donde uno ve cómo el proceso de diferenciación se va marcando, no sólo por el nivel de ingresos, sino porque se van como increpando las diferencias de origen étnico, social, cultural etc.-. Y al mismo tiempo, como fenómeno nuevo -decía recién- de este proceso creciente de diferenciación, hay un proceso creciente de indiferencia frente a las diferencias. Nosotros, -recordaba recién Mario Testa- venimos de una época y una generación en la cual los valores sociales de la solidaridad, la integración, la unidad y el proyecto de lo público, de lo común, de lo "entre todos", tenía la dominancia de organizar nuestros pensamientos y nuestra acción. Yo diría que la política que vivimos en esos años, era una política de la "pasión" en la medida que nos comprometía cotidianamente con lo que hacíamos. Lo particular de este crecimiento de las diferencias, es que se acompaña de un crecimiento de la indiferencia. Pareciera como si justamente no generara lo que uno podría esperar desde los parámetros con los cuales hemos comprendido la vida social, no generara capacidades de respuesta a ese proceso de diferenciación y marginación.

Hay una cantidad de interrogantes que se abren con este proceso. Berlinguer decía justamente en la intervención del domingo- sobre si "salud para todos en el año 2000", es "salud para pocos" y uno no sabe -tomo lo de "para todos" o "para pocos"- cuántos son los ciudadanos o sujetos reales que serán pasibles de este proceso de diferenciación, marginación. No sabemos dónde se detiene esto. Cuántos van a quedar de un lado, cuántos de otro. Tampoco sabemos bien cómo se está dando este proceso. No tenemos ejes muy precisos de cuáles son los nuevos modos de reorganizarse y reorganizar las vidas o reconstrucción de la cotidianidad para estos sectores sociales que ven modificadas bruscamente sus condiciones de vida. Tampoco sabemos qué harán, no tenemos muy claro cuáles van a ser las nuevas formas de sociabilidad que construirán estos sectores marginales. Estamos viviendo por ahora como los primeros pasos del cuentapropismo, las nuevas formas de inserción, de agarrarse del tejido social de las formas que encuentran. Tampoco sabemos cuánto tiempo va a durar toda esta situación y cuándo se podrán avizorar nuevas formas de recomposición social. Y tampoco tenemos ideas muy claras de cuál va a ser finalmente la conformación -el reflejo diría yo- en lo político, de esta nueva conformación social.

Creo que se ha abierto, sin duda en este sentido, un campo grande de incertidumbres como quizá no tuvimos hace veinte o treinta años atrás, donde los procesos de marginación tenían un orden y una estructuración mucho más visible que hacía mucho más previsible sus resultados.

Hay dos fenómenos visibles -uno que lo ha señalado Castell-, que es la cate-

goría de los inútiles y que uno lo percibe en la vida social. Esta creación de marginados, generalmente una población de individuos nuevos que al estar desprendidos del tejido social y de las formas cotidianas de la vida, hacen más imprevisible también sus respuestas sociales y culturales. Estos inútiles van construyendo una "nueva clase peligrosa" -le llama Castell-, y yo diría es el fantasma, es el miedo que en cada uno de nosotros está anidando, de que estos individuos marginados, separados, puestos en el límite -no solo de la vida sino en el límite de lo humano posible- van a retomar con peligro sobre nosotros mismos. Entonces, empieza a aparecer el mito este de la "clase peligrosa" -los drogadictos, los que piden, los robos, las violaciones etc.-, es decir, como un retorno de esto -que recién lo decía Souza-, con lo de las alambradas que va poniendo la clase media, la formación de lugares donde la problemática de la seguridad empieza a ser un recurso necesario pero montado sobre la negación de aquello que ha sido expulsado y que es lo que retorna en esta peligrosidad.

Y otro efecto visible es la dominancia que va teniendo cierto criterio -diría yo- de empresa como productora de valores centrales de lo humano, así como el socialismo generaba ciertos valores centrales alrededor de la solidaridad, la igualdad, la fraternidad. El modelo capitalista o neocapitalista actual ha puesto y ha logrado instaurar, no sólo en la vida social, sino en la cabeza de cada uno, en la conciencia espontánea de cada uno de los hombres. Ha logrado instaurar ciertos valores como son los del rendimiento. Hoy nadie puede desentenderse del rendimiento de su trabajo, de su acción, la eficacia, la calificación, la competencia-, y finalmente se trata de pensar la vida como una "vida útil" y no necesariamente la salud ocupa un lugar en esa "vida útil". Y es a mí uno de los interrogantes mayores que se me abren -yo comparto totalmente lo que decía Mario Testa de situar la salud en relación a estos tres grandes ámbitos del trabajo, la lucha y el amor-, pero se abre como un interrogante muy fuerte. Los valores humanos que se están promoviendo han dejado de lado el cuerpo y han dejado de lado la salud en su sentido integral como valor propio de lo humano. Se trata, hoy más si uno ve las conductas prácticas y reales de las personas respecto de la destrucción del medio ambiente, la destrucción de los cuerpos, los modos en que se está cuidando -para decir así- las condiciones de vida, salud y de alegría, es perceptible claramente que el ser humano no está en función de preservar condiciones de bienestar, de alegría, de despliegue de los recursos del cuerpo y de la mente sino que está en una carrera más bien tanática, enloquecedora, de destruir no sólo el medio ambiente sino también sus propios recursos corporales y mentales.

Para ir terminando, a mí me dejó -lo de Cerdeiras al principio- un interrogante. Yo no tengo duda que están cambiando las condiciones de la vida social. Creo que la crisis de la modernidad es también un concepto y es una idea y como tal deconstruye algo de la realidad. La crisis creo que está en los modos de pen-

samiento, porque hay una forma de vida social y una forma de organizar la cultura social que ha trastocado ciertas categorías previas del conocimiento. Creo que en todo caso, a mí no me marca esto como un pasaje a otro tiempo ni a otra historia, por eso decía que el milenio puede marcar ilusoriamente como si estuviéramos acercándonos a un momento de cambio. Creo que hay mucha más continuidad de lo que imaginamos y que los procesos tienen una cotidianeidad y una lógica temporal que no es la que marca el calendario. En ese sentido, me parece que lo que estamos urgidos es a repensar nuestras propias categorías, nuestras formas de conocer la realidad, para justamente poder comprender estos procesos de transformación. Yo no creo que en ese sentido ayude la caducidad de lo moderno o la idea de un tiempo histórico nuevo. Me parece que el desechar las categorías con las que pensamos antes la realidad, requiere un poner a prueba si verdaderamente esas categorías han perdido su utilidad y su posibilidad de dar cuenta de la realidad que vivimos, porque ese proceso se va a acompañar necesariamente de la construcción de nuevas categorías y nuevas formas de comprender. Entonces, me parece que debíamos preservarnos y cuidarnos de no dejarnos llevar por cierta corriente que nos anuncia un poco el fin de la historia, la caducidad de lo moderno, la llegada de la posmodernidad, de dónde uno se va impregnando de ciertos valores -que son ideologías, por supuesto y empieza también a desechar prematura y aceleradamente categorías, sin haber puesto a prueba en qué medida han dejado realmente de servirnos para comprender la actualidad que vivimos.

Termino con un interrogante que era -bueno, me sentí obligado a responder algo de la propuesta del pensar el 2000-: ¿hacia dónde vamos?

Yo creo, -voy a decir dos cosas nada más de esto- yo me acordaba recién de una frase -creo que si no me acuerdo mal, Mario Testa la había citado, de Gramsci, en unas Jornadas anteriores-, lo de cierto escepticismo de la inteligencia y un optimismo de la voluntad.

Yo no soy escéptico, pero no soy optimista. Me parece que estamos frente a un desarrollo que hace prever un momento nada bueno, saludable ni alegre para la humanidad en su conjunto, Me parece que el ser humano está mostrando sobre finales de este milenio una voluntad y una capacidad de destrucción que se fue preanunciando de algún modo por las dos guerras que sucedieron en este siglo -las más importantes y las más terribles de toda la historia de la humanidad-, preanunciaron algo que sigue estando en la vida social actual. Me parece que el ser humano está potenciando y mostrando ciertas capacidades de destrucción y de lucha de sus propios valores. Está mostrando cómo cotidianamente organiza una vida que no está al servicio del desarrollo de lo mejor, de lo que puede brindar alegría y optimismo, sino ciertas formas que van generando aislamiento, soledad y cierta destrucción de las capacidades colectivas en cuanto a respuestas a las penurias

que impone la vida cotidiana. Me parece que en esto -en ese sentido-, yo veo dos efectos que generan incertidumbre. Me parece que hay frente a la pérdida social -sin duda-, la pérdida de esto que se llama la unidad o lo público, el proyecto colectivo, los proyectos más optimistas en común se está produciendo un repliegue sobre pequeños grupos. Hay grupos que son francamente raciales o que se reúnen por razgos étnicos u orígenes, grupos que se reúnen por ser previamente diferenciados, como pasa con algunos sectores -los sectores homosexuales, los grupos feministas etc.-; otros son conformaciones de nuevos movimientos que se dan por reivindicaciones parciales, que si bien no pierden la conexión con la totalidad, aparecen poniendo en primer lugar ciertos elementos propios de un grupo, de una corporación o de un sector social diferenciado.

Yo creo que éste es el fenómeno que estamos viendo o empezando a ver, y que seguramente cabe esperar que se profundice, porque la pérdida de lo social y la pérdida de lo colectivo va a generar necesariamente la búsqueda del reencuentro en pequeños grupos de identidades que den seguridad. Es el movimiento que hace -como nosotros que tuvimos experiencia de lo que es la inseguridad y del terror-. Es la búsqueda del pequeño grupo, del idéntico, de aquél con el que se puede hablar y compartir, que genera un espacio de seguridad y que genera necesariamente luego, una diferenciación marcada con lo otro exterior, con los otros grupos o los otros sujetos. La conformación de estos grupos a mí me resulta cada vez más difícil como situarme. Creo que algunos grupos me resultan francamente peligrosos, porque son renacimientos de formas ya conocidas, de exacerbación de la identidad, condena y lucha con lo diferente, los grupos nacionalistas, étnicos, racistas, me parecen que hacen preanunciar y que seguramente el futuro va a ser una agudización de esta situación de violencia, diferenciación y repliegue sobre pequeños sectores que van a entrar en una situación creciente de violencia y agresividad con el todo social.

Me traen duda sí otros grupos desde los cuales, -por ejemplo, nosotros mismos- es posible recrear formas más imaginativas de dar cuenta de la actualidad que vivimos y de reconstruir ciertos ejes de pensamiento y de acción que sigan invistiendo esa acción con deseos que nos permitan seguir de algún modo soñando con otra sociedad, imaginándola e intentando de algún modo y cotidianamente rehacerla. Por supuesto que yo no creo que ningún sector social -y ahí sigo siendo marxista como se decía recién- que la posibilidad humana de salida de esta situación dependa específicamente de un sector. Creo que así como el socialismo fue pensado para todos -y no sólo para los obreros-, para todos, creo que el destino humano va estar muy ligado, si es posible, a reconstruir un proyecto para todos. Que no sea la realización de un sector, de una nación o de un grupo sobre otros. Mis dudas mayores provienen de allí. No sé en que medida los movimientos nuevos que se van generando, son capaces de reconstruir un proyecto que en

su propuesta reconstruya también la unidad de lo colectivo. Bueno, gracias. (*Aplausos*).

Elena de la Aldea: Bueno, muchas gracias a todos los ponentes. La idea sería ahora, si pueden por escrito plantear las preguntas que tengan ganas y nos la hagan llegar.

Gastão W. De Souza Campos: Yo quería polemizar un poco con Emiliano que acabó de hablar, él me pareció realista, Gramsci decía, en esta situación, que la inteligencia, nuestra capacidad de analizar la realidad casi siempre es pesimista porque nosotros identificamos las contradicciones, las dificultades de construir el mundo. La voluntad política es optimista, él habló sobre esta tendencia destructiva, de los grupos nazis -yo pensaba para mí: ¿los fundamentalistas, dirá?-. Hay toda una disgregación social, pero yo pienso que la construcción de instrumentos nuevos que sean capaces de construir una nueva sociabilidad es nuestra alternativa para detener esta posibilidad de violencia. Yo no creo que hoy haya una violencia particularmente mayor que en otras épocas -a pesar del Líbano, Yugoslavia, a pesar de una serie de violencias contra los niños en Brasil-, esa violencia siempre fue parte del conflicto de la lucha de clases. Estoy tratando de tornar caliente esta mesa de ideas (*risas*) y cumpliendo nuestro papel que es polemizar. Una cosa más que a mí me preocupa -yo no soy tan joven- y en la medida que me torno mas viejo, yo comencé a percibir que “viejo” es una categoría analítica, y que cada cosa que imaginaba, que ví a mis padres y a mis abuelos hacer, yo a empiezo hacer. Yo pienso que Emiliano hizo un poco eso ahora, -disculpe- (*risas*). El habló que en nuestra época había mayor pasión, la vida era más solidaria, las personas más combativas. Que nosotros teníamos una capacidad mayor de previsión porque teníamos los instrumentos. Yo no sé quién de nuestra generación imaginó el derrumbe, la caída del socialismo de ahora, quién de Argentina y de Brasil imaginó ese pozo tan hondo, esa recesión con esta profundidad, esa disgregación social, quién lo analizó dónde está: yo no. Los intelectuales brasileños tampoco -no conozco mucho de Argentina-, mas nosotros no tenemos esa capacidad, esa previsibilidad. Había un proyecto, había una posibilidad y sobre esa cosa de “la pasión” para nosotros era “apasionante” una poesía de Neruda, de Carlos Drummond de Andrade, para los jóvenes de ahora de la periferia, hijos de desempleados es apasionante un rock heavy metal, ellos se conmueven con eso.

Entonces, a mí parece que nuestros instrumentos de socialización, instrumentos de lucha, están en crisis. ¿Por qué los argentinos -no sé si puedo hablar sobre los argentinos, ya que hablé de Emiliano tengo que hablar (*risas*) desempleados, miserables, jóvenes, van a creer en los instrumentos colectivos?, ¿cuáles son los instrumentos colectivos?, ¿dónde está la salud pública argentina?, ¿los hospitales

protegen a la gente?, ¿los salubristas? ¿Tiene porqué la gente confiar, acreditar, valorar e invertir en las instituciones públicas de Salud pública brasileña?. Hay motivo por el cual los desempleados se conmuevan, lloren, se emocionen y se apasionen por los sindicatos argentinos? (*risas*) y ¿por qué a nosotros en Brasil o en Argentina nos conmueve hoy casi en el año 2000 el populismo?, ¿puede ser posible esto?

Entonces, nosotros tenemos que hacer un análisis más pesimista, más duro de nuestros instrumentos, para que no nos quedemos pesimistas, para no quedarnos inmobilizados. Hay que cambiar, hay que transformar esos instrumentos, las instituciones públicas, los movimientos públicos, los partidos públicos, sino será la violencia, la disgregación, porque no restará otra alternativa a la gente, no habrá porqué apasionarse por esas viejas estructuras. Yo no soy de aquellos que creen que la micropolítica sustituye completamente los partidos, los movimientos, los sindicatos, yo pienso que no. Yo pienso que esos movimientos de base, de equipos, son instrumentos para reconstruir esos grandes instrumentos de la lucha política, de la construcción de una sociedad más solidaria. O sea, que tengo una opinión de la realidad completamente diferente. -Hablé mucho, provoqué bastante, cumplí mi papel-. (*Risas*).

Raúl Cerdeiras: Por haberme tocado hablar en primer término, los colegas que me siguieron en el uso de la palabra hicieron alguna referencia a lo que yo había dicho. Esa ventaja concedida no la voy a conceder ahora. Entonces, quería hacer referencia a una o dos opiniones -que me parece-, vale la pena que por lo menos aclare cuál fue el sentido de mi postura. A la pregunta de Testa, acerca de que si estábamos ante el fin de una historia y al comienzo de algo nuevo, esto no se puede decidir, esto se lo tiene que apostar. Nadie puede decidir cuándo está algo terminando y cuándo algo está comenzando sino después que este proceso se haya realizado y de acuerdo a una posición subjetiva que cada cual tome. ¿Sabía acaso Descartes la física del 1600, el Renacimiento, Copérnico, Galileo, que estaba pasando algo que 300 años después se iba a llamar el nacimiento de la época moderna?, ¿lo podían saber ellos en ese momento? No. Es decir, que ni el tiempo del futuro ni el tiempo del pasado ni el tiempo del presente más bien el tiempo del futuro anterior -es decir-, el tiempo de la reconstrucción. Pero en el momento de la creación, si es creación, no hay garantías. Por lo tanto, yo no tengo ningún lugar desde dónde poder deducir algo que se legisla sin una ley anterior que sostenga; y éste es el punto de apertura de lo que yo llamo la creación -es decir-, como cuando Freud dijo que las parálisis históricas no tenían una causa o una etiología somática, que eso podría responder a trastornos de orden psíquico y toda la comunidad médica se le tiró encima diciendo cómo algo físico puede tener un origen no físico. ¿Adónde recurre Freud para sostener eso, de qué sa-

ber anterior él que está fundando el psicoanálisis va a recurrir para sostener su afirmación? Y él hace -lo que hoy modernamente podríamos decir- una apuesta, él abre el camino, él pone una palabra "inconsciente", trata de armar una consistencia nueva alrededor de eso que luego, 60 años después, es reconocido como un quiebre -no solamente de un área de la atención de la salud mental, sino que es considerado un quiebre con respecto a toda la organización del pensamiento moderno que se había enarbolado alrededor del sujeto de la conciencia de cuyo creador es el filósofo francés Descartes.

Entonces, ¿sabía Einstein que cuando para proponer sus teorías tuvo que dejar en suspenso todos los pilares de la física de Newton que iba abrirse un campo nuevo para la experiencia física que se iba a llamar "relativismo"? ¿en qué se sostenía él cuando dijo eso? Si hay una apertura de algo realmente nuevo, esto se sostiene en el orden de una apuesta, eso, por lo tanto, depende de cada uno de nosotros. Yo trabajo con la idea de que está concluida una época, pero está concluida una época -yo la sospecho- a partir de una determinada serie de acontecimientos que se han producido -que son los que nombré y no quiero volver a fatigar- y que creo que eso abre la posibilidad de experiencias absolutamente inéditas. Qué decirle a un sujeto del año 1700, ¿que el sujeto es un sujeto?, ¿que el sujeto es un sujeto del inconsciente? decir eso hubiera sido significado que lisa y llanamente ni siquiera le hubieran podido tener la más mínima idea de dónde poder ubicar eso. Decirle a un newtoniano cuáles son las condiciones de la estructura del espacio contemporáneo, hubiera dicho algo así como qué es esto, ¡es demoníaco! entonces, si todos estos acontecimientos eran absolutamente impensables hace 200 años atrás, cómo no hablar de un quiebre. Que la modernidad con su ideología en su conjunto no quiere eso y lo disuelva en esta ideología posmoderna, que no es sino la modernidad en sus escombros que lo único que hace es realizar en la quietud total lo que ya estaba inscripto en el proyecto de la modernidad, que era eliminar toda decisión subjetiva en la medida que proponía grandes relatos. La modernidad proponía justamente que el sujeto tenía que ser algo así como el partero de la historia, es decir, que la historia iba a parir. Nosotros solamente teníamos el papel de ayudar a lo que fatalmente se iba a producir porque las leyes de la naturaleza, las leyes de la historia, las leyes de la cultura eran objetivas e independientes de los sujetos y éste es el principio de la modernidad. Eso se iba naturalmente a realizar. Y los hombres teníamos que ser gestores de la libertad en la medida que conocíamos la necesidad. Ser libres -se decía- era conocer la necesidad.

Entonces, la modernidad con su planteo de absolutos, ya nos elimina como sujetos; la culminación de eso -es decir-, la muerte de todo eso, también nos termina eliminando como sujetos porque dice algo así: ¿hay o no hay ideales, no hay en sí?, ¿estos eran fantasías, eran cuentos?, ¿entonces la vida no tiene senti-

do?, no hagamos nada. De las dos formas se anula el sujeto. La posmodernidad es la anulación del sujeto en el movimiento de la culminación de la modernidad, pero nosotros vivimos la ilusión de que el sujeto decidía. Pero los grandes acontecimientos -que yo les estoy nombrando-, Freud, la matemática, la lógica, la lingüística, la física etc.- justamente propusieron con sus rupturas y con sus nuevas propuestas, una visión que desconstruye esa idea fantástica de un hacedor de la historia o de una razón omnipotente etc. y permiten apostar -es decir- interpretar sobre un vacío, que estamos en las vísperas de la posibilidad de que se abra otra experiencia humana, una experiencia humana tan inédita, como pudo haber sido para un sujeto del año 1300, que nosotros le contáramos cuales son las experiencias que hoy viven en Nueva York. No solamente que no se las hubiera podido imaginar sino que hubiera sido realmente como una especie de discurso chino, hubiera sido algo así como -supónganse- en la ciencia ficción, -transládense a un pueblo de la Edad Media al 1300- y con nuestro discurso hablemos de la televisión, del deseo, de la sexualidad, hablemos de todo eso; es como si yo en este momento empezara a hablarles en chino. No es que hubieran dicho "no sé pero a mí me parece que esto no", no hubieran podido decir eso, directamente eso hubiera sido absolutamente ininteligible.

Entonces, cómo es esto posible es lo que tenemos que pensar ¿qué es lo que tenemos que pensar?, cómo es posible justamente el advenimiento de lo nuevo, cómo es posible que haya cambio porque toda la ideología dominante nos dice si hay una ley histórica global que lleva a todo, nosotros lo único que tenemos que hacer es el papel de acompañantes o, si no hay nada de eso, entonces no podemos hacer nada porque quién va a realizar algo si no hay un valor trascendente que lo sostenga. Entonces, nos condenan las dos a la inacción. ¿Cómo poder pensar que hay la posibilidad del cambio y que hay la posibilidad de lo nuevo? En esa política me inscribo yo- y no la de un supuesto posmodernismo o adhiriendo a tesis como la de Fukuyama de *El fin de la historia*. Todo lo contrario, pienso que el problema es no tener suficiente coraje para abandonar las premisas de la modernidad y ubicarnos en estas nuevas experiencias para desde ahí apostar y arriesgar lo nuevo. Si alguien pregunta ¿y qué garantías hay, cómo tengo que hacer?, y bueno, éstas son justamente las preguntas de la modernidad, que querían que la cosa estuviera envasada para que uno tuviera los caminos abiertos y saber por donde se iba.

Pero digamos la verdad. Toda una militancia política -la nuestra-, la de los años sesenta y la de los años setenta, ¿no la hicimos todos gritando y cantando con Joan Manuel Serrat "caminante no hay camino, se hace camino al andar"?, ¿no lo gritamos todo eso?, y cómo es que nosotros decíamos "caminante no hay camino", ¿se hace camino al andar? y consideramos que había solamente un camino y nosotros en nuestra política decíamos que incluso el que no seguía ese ca-

mino era un contrarrevolucionario. ¿Cómo es que el poeta nos decía “caminante no hay camino se hace camino al andar” y nosotros estábamos enchufados en una zanja de la cual no podíamos ver nada más que el que estaba afuera, y el que estaba afuera era considerado traidor a la historia, al pueblo, a etc., etc.? ¿Cómo fue posible que diciendo las palabras no las (...)? Este es el problema, que ahora existe la posibilidad de que (...) muchas cosas que antes no (...), pero que se dijeron hace más de un siglo. Nietzsche ya dijo que Dios había muerto, si Freud dijo que el sujeto de la conciencia está cuestionado, la teoría de los conjuntos dijo que no hay conjunto universal ni sueños de la razón. Los teoremas de Guedel demostraron la incompletitud de todo sueño racionalista de crear un lenguaje universal. Es decir, se han producido fracturas fundamentales en los pilares de la estructura de la experiencia moderna y recién ahora los estamos volviendo a (...). Y yo creo que es ahí donde hay que hacer una apuesta, una apuesta diciendo: existe la posibilidad de organizar otra experiencia humana que no responda a los hábitos y a las costumbres que estábamos actualmente insertos. Pero eso tiene, diríamos, el riesgo y eso es lo que parece ser que no se quiere correr. Se quieren garantías y no riesgos, nadie arriesga, todo el mundo quiere: a ver hagamos como..., decíme qué, qué tengo que hacer, y cuál es la realidad de tú opinión, ¿la comprobaste en la práctica?, ¿tenés resultados? Y no, de eso no hay nada.

Supónganse que a Einstein le hubieran dicho para que su teoría sea aceptada, a ver muéstrame las pruebas, Einstein dijo no tengo pruebas, muéstrame en qué teoría anterior se basa, no tengo ninguna teoría en la que me baso: nace aquí, ah, bueno señor, váyase a su casa. Diez o quince años después los genios de la física tuvieron que reconocer que ahí se había producido un corte y que se anunciaba una nueva física. Y así con toda gran invención y con todo gran corte.

Yo solamente quería hacer esa aclaración porque posiblemente en veinte minutos no pude explicar mi planteo. Ahora podría hacer una contestación a esta pregunta, ¿o ya es demasiado? (*Aplausos*).

Pregunta: Me parece que la mesa ha dicho poco sobre la política, el ejercicio de la política en el ámbito privado, en este sentido lo social y lo político, parecen quedar referidos únicamente al campo de los lugares e instituciones públicas, aun pensado como micro. En este siglo los movimientos de mujeres, de ecologistas, de derechos humanos, de homosexuales, han quebrado esta dicotomía público-privado. ¿Cómo piensan los disertantes, cómo viven cotidianamente esta cuestión? ¿Reconocen en el campo de sus vidas privadas, reproducción o no reproducción de mecanismos de exclusión, en particular genéricos?

Raúl Cerdeiras: Bueno, a mí me tocó esta pregunta (*risas*), pero no necesaria-

mente tengo que contestarla yo, así es que si hay alguno que quiere arriesgar...

A mí, lo único que se me ocurriría decir es que creo que la política tiene que romper con la ficción de la división entre lo público y lo privado. Eso es una invención jurídica, un modo de plantear la política que es el modo de plantear burgués, típico de la política, que desde lo jurídico, legisla lo que es privado y lo que es público. Por lo tanto, la división entre lo público y lo privado es una división falsa, porque está hecha desde lo público.

Es lo público, es decir el derecho y el Estado, el que sanciona cuál es la esfera de lo privado y cuál es la esfera de lo público. No hay lo público en sí y lo privado en sí. Esto es una constitución moderna, esto viene a partir de las teorías contractualistas del derecho y del nacimiento de las teorías modernas de la política. Un pensamiento por lo menos novedoso de la política tendría que romper con esa idea, porque justamente al poner en lo público -el Estado y la sociedad civil- en lo privado, entonces ya está abierto el lugar para que aparezca el partido político y el partido político aparece representando a los sectores que ya están constituidos en el campo social, para, llevándolos a la arena del Estado, poder desde ahí provocar los cambios que supuestamente son los que interesan a las clases representadas, grupos sociales o lo que sean. Esa estructura de la política como representación, es la estructura en la que el marxismo quedó prendido. Y esa es su tumba, haber pensado que podía representar a lo que ya estaba dado históricamente por una especie de ley histórica que era la lucha de clases, de la cual el proletariado en esta época era el heredero y que llevaba adelante el proyecto de la liberación de la humanidad. Sólo era necesario que hubiera un partido con las condiciones de fidelidad con respecto a esa representación, y ese partido debería tomar el Estado para que desde el Estado, destruyendo un Estado que estaba al servicio de las clases dominantes, construir un nuevo Estado que estuviera al servicio de la clase dominada y desde ahí, proyectar la salvación de la humanidad.

Ese es el punto donde el marxismo se constituyó en una teoría de Estado, y el Estado no es el lugar de la liberación. El Estado es el lugar de toda dominación porque el Estado es una estructura que no se la cambia desde afuera ni desde adentro. El Estado tiene una función y la función del Estado es la de reproducir hegemónicamente el conjunto de la estructura; toda persona que opere desde el Estado no va a tener sino que cumplir las reglas del Estado, y las reglas del Estado es establecer lo establecido. Por eso que el Estado para una concepción distinta de la política ya no puede ser más el objetivo de la política, más bien hay que tratar de construir procedimientos políticos que impidan que el Estado funcione, pero no proponérselo como objetivo de toma como si desde ahí se pudiera reglar el movimiento del conjunto de la sociedad. Esta es una ilusión que es una paga al tributo de la modernidad, que dijo: "señores desde lo público se construye el ciudadano y en lo público es el lugar donde se resuelven las contradicciones y don-

de se resuelven los proyectos sociales para un lugar o para otro". Este es un resabio en el cual el marxismo queda prendido, y fíjense que lo más productivo del marxismo lo ha realizado cuando justamente no tomaba el Estado. Los grandes acontecimientos que produjo para la humanidad el marxismo, los quiebres sociales que produjo, los grandes movimientos populares que produjo y la vitalidad del marxismo está toda referida hasta antes de institucionalizarse como partido en el ámbito del poder. Ahí empieza todo el proceso de los que después se llamarán los socialismos reales. Nada más.

Público: Usted ha dicho que hubo una lucha y que se perdió. Creo que este momento, esto que pasó aquí y en cientos de lugares muy chicos es resistencia en serio porque es permanentemente creer lo que no vemos. Usted es un gran organizador simbólico de esto, y esto es a través de su producción en los tres campos que menciona, en su trabajo, su afecto y su lucha. Esto no es abstracto ya que se concretiza en muy diversos ámbitos de la salud y la educación. ¿Qué pasa con la existencia de aquellos trabajos que son básicamente atentatorios contra la posibilidad de amar el trabajo o no enfermarse con el trabajo, y son esenciales para el conjunto social?

Mario Testa: Yo no sé cuáles son los trabajos que son esenciales para el conjunto social y que tienen estas características que son atentatorias contra la posibilidad de amar el trabajo. Tal vez, el trabajo que hacen los militares tenga estas características pero uno podría preguntar entonces, si realmente ese trabajo es esencial para el conjunto social.

Público: ¿La minería?

Mario Testa: La minería, claro, pero ahí hay un problema de proceso de trabajo, lo que pasa que, insisto, el diseño de los procesos de trabajo está hecho con mentalidad "empresarial" y no "pueblo-céntrica" entonces, la idea es repensar cómo sería la minería pensada desde las necesidades de la gente que trabaja, y obviamente acá hay un problema, que por supuesto a mí me excede por completo. Yo no puedo dar una respuesta a ese tipo de pregunta, lo que si recuerdo es algo que Fromm proponía en algunos de sus libros -no me acuerdo en cuál- donde él decía que había que dejar -en una sociedad utópica ideal- que cada quien hiciera el trabajo que quisiera y decía: "es muy probable que la distribución de los trabajos cumpla con todas las necesidades esenciales del pueblo." Y decía que seguramente hay gente que le debe resultar satisfactorio hacer trabajos porque sirven para abastecer esas necesidades, uno puede pensar en trabajos muy desagradables -pensado desde nuestro pensamiento limitado-: es desagradable

recoger basura. Pero, me acuerdo cuando Colarato contaba -voy a hablar de una antigüedad- que durante la guerra, durante la segunda guerra mundial se hizo -pocos de ustedes recordarán una cosa que se llamaba La Junta de la Victoria, acá en el país, entonces, La Junta de la Victoria se encargaba de recoger cosas que fueran útiles para el esfuerzo de guerra de los países que estaban peleando la guerra en Europa y otros lugares. Y entonces había gente muy ordenada que -por ejemplo- recogía los papeles metálicos y los ponía en una bolsita y otras cosas las ponía en otras bolsitas y entregaba a los que venían a recoger estas cosas las bolsas, muy ordenadamente. Pero otra gente, más desprolija, entregaba los tachos de basura directamente y había señoras que formaban parte de esta Junta de la Victoria -señoras muy distinguidas- que se dedicaban con fruición a revisar los tachos de basura para encontrar el papelito metálico que..., etc., etc. Digo esto porque aparentemente, en esta propuesta un poco loca de Fromm, creo que hay un poco de contenido de verdad, hay gente que le gusta hacer cosas de muy distinto tipo, es decir, a mí no me gusta revolver tachos de basura pero hay otras cosas que sí me gustan y que estoy dispuesto a hacer, aunque no sean muy estimulantes en algún sentido.

Así es que yo no sé cuáles serían los trabajos estos "atentatorios" contra la posibilidad de amar el trabajo, y -digamos- si uno piensa ahora, ya no en términos tan utópicos, la pregunta sería ¿por qué entonces no distribuir esos trabajos atentatorios -si es que encontramos algunos- en una forma más pareja entre el conjunto de la población. Además, admitiendo que haya trabajos realmente desagradables para todo el mundo, entonces repartir esos trabajos desagradables en forma pareja para todo el mundo, ésta sería la respuesta que se podría dar a este tipo de pregunta -en una sociedad distinta a la nuestra- esta es un poco la idea.

Pregunta: ¿Se puede hablar de necesidades más humanas como nueva forma de pensar al hombre en la actualidad? En ese caso ¿cómo construir formas de acercamiento y captación de las mismas?

Mario Testa: Yo creo que sí, que se puede hablar de necesidades más humanas. Creo que en nuestras sociedades y sobre todo en países como los nuestros -que yo califico de capitalistas, subdesarrollados y dependientes- este régimen es de una extrema crueldad para con la gente. Pienso que esto ocurre -digamos- como consecuencia del desarrollo capitalista y en consecuencia pienso que una sociedad más humana, con necesidades más humanas, es necesariamente una sociedad socialista. En este caso efectivamente se puede considerar que existen necesidades más humanas y la forma de construir, la forma de acercamiento es realmente el seguir pensando en la necesidad de construir sociedades socialistas. *(Aplausos).*

Pregunta: Disiento completamente que grupos que denuncian su exclusión social a partir de sus diferencias -como los movimientos gay o los movimientos feministas- provengan de la destrucción de lo social o atenten contra la realización de un proyecto que puede generalizarse. Me interesa la opinión de todos al respecto.

Emiliano Galende: Yo creo que sí, que el tema es para todos y que debíamos opinar todos, pero primero aclaro. Yo señalé antes no un efecto de determinación, no como que en estos grupos hay una relación de causalidad -digamos- con los cambios en la estructuración del tejido social y la emergencia de nuevos movimientos sociales. Creo que sí hay -en todo caso- una coexistencia y alguna relación entre las nuevas formas que va tomando la vida social y la emergencia de estos grupos. También dije que sí, que son grupos que se estructuraron más sobre la base de cierta identidad, que definen problemáticas -más por lo idéntico- y por la diferencia con lo exterior a los grupos. Dije que esto me parece que tiene dos cuestiones. Yo comparto ciertos movimientos que reivindican desde su sector, y pueden acoplar sus demandas o sus reclamos al conjunto social, creo que en ese movimiento -los movimientos feministas y otros muchos movimientos- apuntan a la reconstrucción de esos criterios de lo público unitario. Señalé sí mi rechazo y mi preocupación con lo que son los otros grupos -también nuevos movimientos sociales-, los nacionalismos, los fundamentalismos, los grupos religiosos extremos, todo ese tipo de movimientos también son nuevos movimientos sociales y no deberíamos ignorarlos, y si bien han existido siempre -como existieron muchos otros sectores y movimientos sociales parciales-, han cobrado una fuerza y una dinámica social nueva, a partir de la desaparición de los grandes proyectos colectivos o lo que Mario llamaba antes las metanarrativas o los metarrelatos.

Entonces, la función en el campo social de estos grupos, ha pasado a ser distinta. No es lo mismo -creo yo- en el contexto social actual, estos movimientos que los anteriores. Pero ya marqué una incertidumbre respecto de la función y la posibilidad de que desde estos grupos sectoriales se pueda reconstruir un proyecto colectivo, lo cual de ninguna manera, quisiera que quede la idea de que yo estoy en contra de estos movimientos sectoriales.

Público: ¿Por qué teme a los nuevos grupos sociales?

Emiliano Galende: Bueno, yo no le temo, sólo que no es un problema de temor, en todo caso, sí temo y centré más, en lo que son los grupos donde yo creo que hay formas de resurgimiento de ciertos valores nazistas, en los grupos étnicos y raciales que se proponen la lucha y destrucción de lo diferente simplemente para

afirmar la identidad del propio grupo. Creo que eso es un existente social real y que hay que estar atento a ese riesgo: la reconstrucción de ciertos valores de aniquilación del diferente a partir de la conformación de estos grupos que son, creo, fundamentalmente grupos racistas.

Público: La suma de sujetos en todos los pequeños grupos es mayoría. Los nuevos movimientos sociales suman más gente que en los partidos políticos, son básicamente pacifistas, ecologistas, indianistas, indigenistas, orientalistas, naturalistas, ecuménicos, por derechos humanos, anarquistas, utópicos, feministas etc.

Emiliano Galende: Creo que escapa mucho a las posibilidades de una reunión como ésta, pero, no sé si es posible poner en una misma lista y generar una misma opinión o un mismo criterio, sobre grupos cuya conformación es bastante diferente. Creo que una cosa es el entramado de antiguas reivindicaciones, por ejemplo de grupos indigenistas, el problema de los grupos ecologistas. Los grupos ecologistas tienen intrínsecamente un proyecto de totalización, se plantean para toda la humanidad, no es para el grupo mismo-, entonces, no creo que se pueda hacer una lista única con todos.

Público: Muchos de ellos son centenarios.

Emiliano Galende: Justamente.

Público: Coinciden en la necesidad de una profunda transformación de la sociedad y de las relaciones de la sociedad con la naturaleza.

Emiliano Galende: No puedo decir más que esto. Me parece que es necesario diferenciar, creo que no es lo mismo los grupos que se centran en reivindicaciones parciales, grupos que se centran en la pura exaltación de la identidad que los reúne, grupos que se centran en reivindicaciones que son humanas, y entonces actúan como representantes -de algún modo- de intereses que son comunes y de construcción de espacios comunes. Me parece que habría que diferenciar. Para decirlo -creo una vez más-, mi temor sí es con la emergencia de grupos y de nuevas formas de nacionalismo y de racismo que son amenazantes para el conjunto de la humanidad y creo que no hay que ignorarlos.

Público: Esta nueva imposición de la realidad desde un nuevo pensamiento político me recuerda a la realidad de la psicosis -con perdón de los psicóticos-, en donde el sentido de la existencia está explicitado en la conducta y

donde no es posible encontrar o develar sentidos. No hay que descubrir la pregunta sino cómo operar en esta percepción de la realidad histórica. Sería que lo político ha pasado de la neurosis a un estado de desestructuración o desestimación, por las crisis ideológicas de fin de siglo.

Emiliano Galende: Podría tomarlo como una analogía si uno quiere trasladar categorías de la psicopatología a la comparación de la sociedad, no lo hago nunca, me cuida mucho de no hacerlo porque hemos sido bombardeados con cierta idea de una patologización de la vida social -la sociedad enferma, la sociedad esto, etc.-, tampoco comparto lo que dice aquí sobre la psicosis, entonces, sería muy complejo introducirme en esto. No creo que en la psicosis sea un eje importante esto de "encontrar o develar sentidos", hay una plenitud de sentidos que me parecen otra cosa. Ahora, si acá se plantea la cuestión de la pregunta, cómo operar en esta percepción de la realidad histórica, sí aprovecho en todo caso por alguna cosa que se agregó después -que agregaba De Souza-. Yo recordaba la frase de Gramsci, esta del escepticismo de la inteligencia y optimismo de la voluntad, que quiere decir voluntad de transformación, voluntad política. Pero sí el mantenimiento de cierta percepción crítica de la realidad, porque creo que esa percepción es la que permite construir respuestas y que incluso tiene un optimismo ingenuo, no tiene una apreciación correcta de la realidad o la actualidad en que está y tiene el riesgo también de equivocarse las acciones o de equivocarse el camino -ahí yo diría, por lo que traía una cita que me es absolutamente grata como la de Serrat y que yo comparto mucho tu opinión sobre esto, sobre los años sesenta-. Pero me parece importante decir una cosa, yo creo que no es lo mismo estar en un camino a ciegas y no saber a dónde uno va, que estar imaginando y construyendo un camino, son dos situaciones muy distintas. Me parece que tenemos que estar alertas porque en el voluntarismo hay muchas veces una propuesta de estar a ciegas, de no anticipar, no imaginar; yo decía e insistía que una condición básica e importante de construcción de caminos -si ustedes quieren-, de construcción de vías sociales posibles, de construcción de formas, de cultura y vida social posible, es la necesidad de soñar y -para mí allí- la ilusión, el deseo, el sueño, son los elementos o los condimentos creativos que permiten a un grupo humano generar las condiciones de transformación para la realización de aquello que sea deseado e imaginado. Entonces sí vuelvo a la pregunta, "operar en esta percepción de la realidad histórica". Para operar es necesario una percepción adecuada de la realidad en que estamos, que no se trata -dije antes de una anticipación-sino de una posibilidad de soñar.

Pregunta: Entiendo que en su discurso se encierra una contradicción y cómo es posible sostener la crítica al discurso de lo posible y al mismo tiempo

sostener lo colectivo como la constitución de una masa en término freudiano. ¿No le parece que la consigna de igualdad, fraternidad, libertad, ha dado prueba de un fracaso? No hay justicia posible en la distribución, siempre es desigual por problemas de estructura.

Emiliano Galende: La contradicción, no veo lo del discurso de lo posible y lo colectivo. Creo que los grupos humanos y lo colectivo -y en eso la historia nos lo ha enseñado-, es justamente el lugar de construcción desde esa "imaginación al poder" que yo recordaba o la posibilidad de desear una sociedad distinta, o la construcción de una sociedad distinta. No veo bien esta contradicción, a lo mejor no entiendo bien. Lo que dice acá sobre la constitución de la masa, en términos freudianos, bueno, habría que ver bien que entendemos. Yo me sorprendo muchas veces, acabo de publicar un libro donde tomo mucho el tema de la psicología de las masas de Freud, pero claro, le doy una interpretación que no sé si está en la misma línea de ésta. Yo creo que en términos psicoanalíticos la constitución de la masa para Freud -mi interpretación-, es que el proceso de la individualización, de la construcción de una individualidad, la posibilidad de ser uno mismo como individualidad concreta, requiere de un pasaje necesario por la relación con los otros; ese momento de masa, de constitución de lo social es condición de la formación de la individualidad. No hay un individuo que pueda ser pensado aislado y sin esa condición de sociabilidad con los otros. Constituido un individuo, no es un proceso de constitución y una estructura que perdura. Un individuo tampoco puede vivir en el aislamiento o en la soledad de su individualidad, requiere necesariamente la vuelta a los otros a través del lazo social, para sostener su propio funcionamiento mental. El sujeto en aislamiento y desprendido de lo colectivo, desprendido de la masa, lo que hace es liberar fuerzas narcisísticas regresivas que alteran también su propio funcionamiento mental.

Entonces, para mí la masa no es mala palabra, en absoluto, creo que la masa -como yo entiendo- en Freud esos dos momentos de constitución de individualidad y de condición de la sociabilidad y el del funcionamiento mental, es necesario, no sólo a la vida de los conjuntos humanos, sino a la vida mental propia. Entonces -y lo último dice así.. "me parece que la consigna de igualdad, fraternidad y libertad ha dado pruebas de su fracaso"- . Yo no comparto -por lo menos- la idea de que ha fracasado. Creo que el mundo avanzó mucho en términos de igualdad, fraternidad y de solidaridad, y creo que el conjunto de la humanidad, es en muchas cosas más libre de lo que era antes de la Revolución Francesa. En todo caso se trata -volviendo a la metáfora del camino- de ver qué se ganó y dónde están los obstáculos y cuánto queda por hacer, pero no me parece pensarlo en términos de fracaso.

Creo que el tema -me surgieron muchas cosas de lo que decía Cerdeiras an-

tes- sobre la caducidad o no de lo moderno, yo no comparto mucho la idea de lo que llamaba imponer ciertas temporalidades a los procesos históricos y sociales. Me parece que las continuidades son mucho mayores y que no hay caducidad (...) y entonces surgimiento de (...), sino que reconstrucción o construcción de nuevos valores, de nuevas formas de vida, de nueva formas de vida que necesariamente van suplantando otras modalidades de vida social y otros valores sociales. En ese sentido, creo que la lógica de los procesos sociales no es una lógica de una temporalidad cíclica, que pueda fijar sus límites y sus marcos, sus momentos de cambio o de pasaje. Se pueden señalar dominancias, momentos de crisis, pero en ese sentido, yo me cuido mucho de no hablar de fracasos, supone la caducidad y al mismo tiempo el abandono de valores que seguramente están cuestionados por las nuevas formas que toma la vida social, pero no necesariamente por ello debiéramos abandonarlo. Yo no considero -por lo menos en mi experiencia personal- que abandone mis ideales de igualdad, de fraternidad y de libertad. Yo creo en la posibilidad de libertad para el ser humano, creo que eso lo hace necesario de una condición de sociabilidad, de fraternidad, y creo en la solidaridad humana, entonces, para mí siguen siendo valores vigentes, organizan mi vida cotidiana, estoy aquí de alguna manera por eso, me parece que en la vida de muchos de nosotros estos valores no han fracasado, siguen vigentes y siguen permitiéndonos -entre otras cosas vivir.

Gastão W. de Souza Campos: Nosotros estamos todos cansados pero yo quería hablar sobre dos puntos muy simples para hablar en dos minutos. La relación entre lo público y lo privado y esa cuestión de los movimientos del Estado. Yo estoy en contra de la afirmación de que lo público es igual que lo privado, que no debe haber diferencias. Al contrario, yo creo que el avance de la democracia implicará una ampliación de los espacios privados. En todas las situaciones históricas donde se consiguió casi aplastar, ahogar, acabar los espacios privados, fueron desastrosas, nazismo, stalinismo, la llamada Revolución Cultural de Mao Tsé Tung, yo pienso que es un equívoco: nosotros defendemos la destrucción del privado. Lo que hay que hacer es la composición de los intereses privados, la capacidad de negociación pero, con respecto a los espacios privados, la construcción de la subjetividad depende de la construcción de espacios privados, de acción, de deseo, de realización compuestas, negociados, comunicados, articulados con lo público. Esa idea de discutir todo lo público, es un autoritarismo -Mao Tsé Tung, yo espero que su Revolución Cultural esté enterrada, igualmente el nazismo. Sobre los movimientos y el Estado, me preocupa que ahora nosotros veamos presos de una nueva dicotomía: todo estatal, todo institucional es malo, es el diablo, y todo movimiento es bueno o potencialmente bueno. Eso es una simplificación muy grande. Yo no concuerdo que las instituciones serán

siempre un espacio de dominación. Yo pienso que en las instituciones, incluso los partidos, la salud pública, los hospitales, las formas colectivas de gerenciar la vida, tenemos que tener proyectos, propuestas nuevas de gestión y eso es lo que el socialismo real no consiguió hacer. El gran problema del socialismo real es que se imaginó que la burocracia, la planificación, el marxismo-leninismo, sería capaz de interpretar, de representar los deseos de las personas, pero, nosotros necesitamos aún hoy en el año 2000 y eso para mí es cierto, nuestro proyecto. Tenemos que disputar, construir nuevas formas de institucionalización, nuevas formas de funcionamiento de gestión de las empresas públicas -de los hospitales, de la educación-. Entonces, yo pienso que no hay que renunciar a discusiones, a la lucha por el llamado poder estratégico que además se considera como un poder, una instancia menor, es una tontería, es un idealismo, es anarquismo, yo no estoy de acuerdo con eso.

Y para cerrar con el tema de los movimientos. En Brasil ahora hay un creciente movimiento de los negros contra el racismo, contra la discriminación en Brasil -en Brasil hay racismo-, entonces ellos pelearon en San Pablo para que en la educación de los niños -en la educación oficial, en las escuelas públicas- se introdujera la enseñanza sobre la historia, la perspectiva de los negros. Y luchamos y luchamos los movimientos, negros, partidos, intelectuales, y se consiguió introducir en los programas aspectos de esa historia. Entonces, ellos dijeron, "bueno, nosotros vamos a sentarnos y hacer un programa, yo dije que no, estoy en contra; ustedes se van a sentar con los maestros, con los directores, con los consejos de escuela, con los blancos, con los negros. Ustedes van a negociar, van a luchar con ellos por sus ideas. Hay mecanismos progresivamente democráticos, hay otros sujetos sociales, están los niños, los representantes de los centros de estudiantes. Pero, como nosotros somos una minoría, nosotros somos negros". Entonces me preocupa mucho que esos movimientos para construir un proyecto tienen que desarrollar una capacidad, ellos no son buenos en sí mismos, por sí mismos. No es un problema de los negros, las mujeres, los homosexuales, los trabajadores -sea quien fuera-, no son buenos en sí mismos, no tienen una propuesta que sea para implantar que valga por sí misma. Tiene que haber apertura para la negociación. Es un espacio privado -en ese sentido-, corporativo, que presenta un "partido", un pedazo de la sociedad -no un partido político- que tienen que unirse con otros pedazos de la sociedad para construir un proyecto socialmente viable. Muchas gracias. *(Aplausos)*.

Pregunta: Si Cerdeiras no puede responder en público, si reproduce o no en el ámbito de su cotidianidad mecanismos de exclusión, me interesa específicamente lo relativo al género, creo que se desdice, de lo que dice acerca de la necesidad de quebrar la fractura construida entre lo público y lo privado.

Raúl Cerdeiras: Y qué puedo contestar a eso, yo creo que no, pero no estoy seguro. Es muy posible que realice actos de discriminación. Quién puede decir que está exento de no producir situaciones que son idílicas, pensar que van a ser constitutivas de la experiencia humana. ¿Quién no está atravesando por veintemil tensiones? No hay un sujeto perfecto, armonioso, que cumpla al pie de la letra todo lo que piensa. Así que quiero contestar públicamente que pienso de buena fe, que hago todo lo posible para no realizar discriminaciones en orden al sexo, que supongo eso debe ser lo que acá se llama género. Pero eso no quiere decir que yo me crea a salvo de no realizarlas aun cuando pienso que no las realice. Bueno, espero que esté contestado públicamente, que considero a la mujer en un plano de igualdad con el hombre.

Pregunta: ¿Cuáles son los lugares de la acción política?, ¿el Estado reproduce lo instituido, no hay que presentarse a elecciones?, ¿cuál es la relación actual y el proyecto de transformación?, ¿qué lo diferencia del anarquismo?

Raúl Cerdeiras: Trataría de dar una contestación global que, de alguna manera, incluye muchas otras exposiciones de las personas que están acá acompañándonos. La diferencia entre lo público y lo privado yo digo que no tiene efectos políticos, no que no exista, que no tenga que existir. Yo creo que el lugar de la política es el lugar donde las víctimas se expresan, pero las víctimas se expresan en los lugares en que siempre uno puede denotar una situación constituida. Hay un lugar de la mujer, hay un lugar de los homosexuales, hay un lugar en la fábrica, hay un lugar de los estudiantes, hay un lugar en los barrios, en esos lugares -yo los llamo a esos lugares situaciones-, en esas situaciones pasan cosas; ahí, en situación, solamente la política puede ser planteada porque en esas situaciones, ahí, acontecen cosas que los sujetos tienen que estar comprometidos con una interpretación tal o cual, desarrollando tal o cual perspectiva, arriesgando tal línea de acción etc., pero no esto en función de la supuesta toma del poder político como una acción global.

¿No hay que presentarse a las elecciones?, yo creo que las elecciones no son un acto político, yo creo que es un acto administrativo -este es el problema-, es decir, el problema está en que yo trato de pensar a la política de una manera que está radicalmente fuera del ámbito donde normalmente uno tiende a plantearla; uno la política la tiende a plantear en el partido, en relación al Estado mediado por las elecciones, yo pienso que es eso lo que impide que se constituya la política.

¿Cuál es la relación entre la situación actual y el proyecto de transformación? El proyecto de transformación es lo que en cada campo se apuesta, se propone, no hay un proyecto global desde esta perspectiva que abarque a toda la sociedad y

¿qué lo diferencia del anarquismo? Muchas cosas, fundamentalmente la idea de la representación. El anarquismo piensa que los polos se representan a sí mismos y yo creo que éste es el colmo de la idea representativa y además la posición frente al Estado y la posición frente al sujeto. Ellos todavía creen en un ser racional como unidad humana y además piensan que se puede abolir el Estado y yo creo que el Estado es una forma histórica -sin ninguna duda- pero lo que está detrás de la idea de la abolición del Estado es la abolición de toda dominación. Yo no entiendo el sujeto humano fuera de una estructura, que uno podría llamar malamente "de dominación" pero no hay sujeto de la plena libertad que es de alguna manera el ideal final del anarquismo. Yo quiero dar solamente un ejemplo -que se me vino ahora a la cabeza cuando estaba haciendo este intento de contestar, ¿quién planificó a la sociedad capitalista?, ¿qué proyecto de sociedad capitalista se realizó? es decir, ¿dónde estuvieron las vanguardias políticas allá en el año 1400, 1500 diciendo "vamos a proyectar una sociedad que trabaje de tal forma, con una economía de tal manera..", no existe, o sea que nadie programó a la sociedad capitalista. La toma del Estado, es decir, la caída de la Bastilla, la toma de la Bastilla y el nacimiento de las nuevas formas políticas que tenían en 1789 un hito histórico, eso es posible porque estaba revolucionada toda la sociedad, porque había una relación de estructura familiar totalmente subvertida con respecto a la feudal, porque había una posición del sujeto totalmente subvertida con respecto a la feudal, porque había una cultura y una ciencia totalmente subvertida con la ciencia y la cultura medieval, porque había formas estéticas totalmente subvertidas con respecto al orden feudal.

(...)

Yo pienso que el capitalismo no es eterno, se va a caer, pero se va a caer en la medida en que todo lo que lo hace funcionar, no funcione. Y yo creo que -por ejemplo- con sujetos deseantes, con lógica desestructurada, con estéticas de vanguardia, con posiciones que no entran dentro del dominio y de lo que el Estado pueda administrar y la sociedad pueda administrar, eso va a ser el exceso a este sistema, eso es lo que no va a dejar que este sistema funcione y ya este Estado tiene prácticamente zonas marginales que ya ni domina, que ya se le escapan incluso donde se están procesando situaciones absolutamente nuevas que no tienen para nada en cuenta al Estado, que se desarrollan -como dijéramos- al margen del Estado, es lo que no puede domesticar el Estado. Porque el Estado puede domesticar lo marginal porque lo marginal es necesario para el Estado porque lo marginal es siempre lo que hay que excluir para que algo funcione. Lo que el Estado no puede domesticar es aquello que le hace excepción, aquello que le hace excepciones, aquello que toma un cuerpo independientemente del juego en que el Estado plantea su situación. Sabemos que el desocupado forma parte de la estructura del capitalismo, no es una consecuencia no querida por el capitalismo, lo

necesita al desocupado así como es siempre necesario un hippie, siempre es necesario un marginal para que un sistema pueda tener consistencia.

Lo importante es si uno quiere construir una alternativa -y la palabra alternativa no me gusta pero la tengo que usar en homenaje a la brevedad- que no sea una alternativa reglada desde el Estado. Porque la política hoy es darle solamente respuesta a las alternativas que propone el Estado: privatización o Estado benefactor. Eso es una polémica hecha desde el Estado, propuesta por la política dominante. Hoy en día hay gente que dice “..sí, bueno, está bien que hay que hacer algunas reformas económicas..” pero no olvidar la solidaridad, no olvidar a la gente. Esto significa ponerse en el debate que plantea, ¿pero quién plantea este debate?: el neoliberalismo. La discusión acerca de librecambio o proteccionismo es de la época de Adam Smith, hace 200 años que existe esa polémica y ¿quién la restaura ahora?, y nosotros estamos prendidos de esa polémica. Esta es una polémica que nos lleva a estar dando vueltas alrededor del eje del Estado estructurado alrededor de su composición que es o estar o estar con la democracia y no hay otra alternativa. Y esa es una posición que se rigió desde los principios del Estado, entonces la idea -y esto es un poco lo que creo podría resumir la contestación a esta cuestión, que la política no tiene que tener como objetivo fundamental el Estado, no es que el Estado no interese a la política sino que no tiene que organizarse toda la acción en función de acumular supuestamente fuerza, para de ahí tener la ilusión de decidir. El Estado no es el poder. El Estado administra un poder que está en otro lado y está en el consenso que da la sociedad a una determinada estructura social.

El capitalismo funciona porque hay consenso, el stalinismo funciona porque hubo consenso, el nazismo funcionó porque hubo consenso, entonces, el poder está ahí, no está en el militar. Un militar que quiere hacer un golpe de Estado, cuando el consenso del conjunto de la sociedad dice que no, no funciona -o funciona como un acto, llamémoslo “irritante”, que dura poco. Entonces, el poder está en el consenso, no en el arma ni tampoco en la institución, entonces ¿cómo se cambia el consenso?: no desde el Estado, porque el Estado organiza los consensos, justamente el consenso se cambia desde abajo -para decirlo rápido-, desde la estructura social en donde los sujetos viven experiencias cotidianas, en la fábrica, como estudiante, como integrante del movimiento gay, o del movimiento feminista o como racial expulsado o como indocumentado etc., ahí está el lugar en donde se practican y donde tienen que ir a buscar las alternativas que provoquen diferencias fuertes con respecto a la estructura del Estado. Cuando esto que está en la base empieza a construir un consenso sin el cual o el sistema éste no puede funcionar -es decir-, cuando la gente -por ejemplo- de golpe y porrazo -y lo digo para dar algo del orden de lo que podría ser una fantasía pero que me sirve de ejemplo -cuando la gente se da cuenta que cuando comprando y com-

prando no resuelve ningún problema, entonces no va a comprar más y esto que parece una tontería -y es posible que así lo sea, por otro lado-, es lo que le va a deconstruir al sistema capitalista su único motivo de funcionamiento que es el de poder estructurar el deseo de los sujetos detrás de los objetos de consumo. Pero cuando, ya sea porque el planeta se nos deshace, ya sea porque dentro de 40 y 50 años por más que tengamos televisor, máquina de cómputos, telecom y que se yo, el planeta se nos hace mierda, cuando la gente vea eso, entonces, esto puede ser que organice un consenso y una estructura distinta y entonces por ahí el capitalismo no puede funcionar.

Yo creo que la ecología es un síntoma, pero es un síntoma al que hay que estar atento, es un síntoma en el sentido de que lo que dice, recién ahora empezamos a escucharlo. Pero dice una cosa muy sencilla: dentro de 60 ó 70 años se hace imposible la vida en la tierra, eso dice, nada más y nada menos. Entonces, eso me parece que es un síntoma para prestar atención de cómo se va organizar la cultura humana cuando se empiece a ver, como en México que hay determinados días que la gente sale con máscaras a la calle o como en Chile que tenían que decirle que de tal hora en Santiago no salga por la calle. Esto es nuevo, ni tal clase ni tal otra clase, de golpe y porrazo empieza a tener figuración política la existencia del planeta tierra, ¿cómo nos vamos a situar los sujetos para hacernos de eso? ¿hay respuestas sobre ese problema por ejemplo. Y yo creo que recién ahora -pese a todas las intrincaciones que hay-, detrás de los movimientos ecologistas etc. -pero no importa-, funcionan como síntomas, así como cuando los obreros destruían las máquinas, los obreros hacían revueltas a principios de siglo pasado -eso era el síntoma de la explosión capitalista- y Marx la interpretó como tal y así lanzó un proyecto de acción política que tuvo la vigencia que tuvo, hoy también teníamos que estar atentos a "estos ruidos raros" que provocan los lugares de donde se pueden pensar aperturas que desorganicen el poder del Estado. Bueno, gracias. (*Aplausos*).

Elena De la Aldea: Nos estamos yendo todos, se nos ha hecho un poco tarde, hay un último comentario o pregunta que quería leerles a lo organizadores y/o coordinadores de la mesa.

**APS, DESCENTRALIZACION Y SILOS:
¿PROPUESTAS TECNOCRATICAS O
ALTERNATIVAS EN SALUD?**

Mesa redonda

COORDINADORA

Celia Iriart

Asociación Argentina de Medicina Social, AAMES

PANELISTAS

Susana Badino, FIOCRUZ, Brasil

Roberto Belmar, Ministerio de Salud de Chile

Adolfo Chorny, OPS/OMS Washington

Gastão W. De Souza Campos, Universidad de Campinas, Brasil

Saúl Franco, OPS/OMS Colombia

Guillermo Williams, jefe del Dpto. de SILOS, Ministerio de Salud de la Nación

Celia Iriart: Vamos a dar comienzo a la mesa de APS, Descentralización y SILOS; y esta mesa fue convocada bajo la propuesta de, por un lado, reflexionar un poco sobre el marco global sobre los conceptos que caracterizan a estas propuestas y, por el otro, tratar de ver a través de algunas experiencias nacionales, cuáles son los caminos que pueden conducir a que estas propuestas pasen de ser propuestas técnicas a procesos realmente democratizadores de la salud en nuestros países. En ese sentido, hemos pensado que el orden de presentación de los panelistas va a ser de la siguiente manera: Chorny, va a hablar primero de Sistemas Locales de Salud en lo que hace a su concepción global; Susana Badino, va a hablar del tema de reformas del Estado, y cómo se presenta el tema de la descentralización; Saúl Franco, nos va a caracterizar las posibilidades políticas que tienen los procesos de descentralización, y va a tratar de contarnos cómo los procesos de municipalización se están dando en Colombia; Carlos Belmar, nos va a hablar del largo proceso que se dio en Chile de APS, y cómo están tratando de recapturar esas experiencias que se hicieron largamente en ese país, para volver

a darle dinamismo e intentar también llevar adelante procesos de democratización, y Gastão Campos, nos va a remitir a las experiencias que se están dando en Brasil, y particularmente las que él pudo protagonizar en la Secretaría de Salud de Campinas. Así que le vamos a dar la palabra a Adolfo Chorny.

Adolfo Chorny: Voy a intentar brevemente colocar algunas de las proposiciones que fundamentan lo que se denomina "estrategia de SILOS". Los sistemas locales de salud surgen como una propuesta a nivel de la Organización Panamericana de la Salud, hace aproximadamente cinco años, e intentan capturar o armarse sobre los diversos movimientos de descentralización, y de propuestas sobre reformas estructurales que van impulsando a través de los países una corriente que comienza a delegar las funciones del Estado hacia los niveles periféricos. Esta propuesta -que puede ser entendida de diversas maneras- puede ser entendida como una más de las "equis propuestas", que la Organización ha realizado a lo largo del tiempo, intentando estructurar los servicios de salud, puede ser entendida como una continuidad de las áreas programáticas a las políticas de extensión o expansión de cobertura, o puede ser tomada a partir de alguno de sus elementos centrales como una palanca o un elemento que puede articularse de otra manera, y retomado provocar algunas modificaciones o cambios a nivel de la propuesta estructural del sector. Básicamente, entonces, la propuesta SILOS en su parte burocrática, en su parte conceptual, se asienta en la proposición de equidad y en la proposición de descentralización, como el elemento que permitiría llevar a cabo tanto las propuestas equitativas, cuanto participativas.

En cuanto a los elementos técnicos que componen la propuesta, parte de determinar la relación entre un sistema de salud y un entorno poblacional entendido no solo como una cantidad de población que está relacionada con el servicio, sino con un espacio más complejo determinado históricamente, social, culturalmente, etc. Dentro de este espacio, se postula la posibilidad de construir un sistema local, que no debe ser entendido como una propuesta de simplificación o atención primitiva -para usar los términos de Mario Testa-, sino como un sistema que articula distintos sistemas de salud, no sólo de atención médica de manera de satisfacer hasta un cierto nivel las necesidades de una población. En este sentido, un sistema local de salud, no está en referencia directa a un Municipio, que es uno de los -digamos- entendimientos habituales de la propuesta como una propuesta de municipalización. El Sistema Local de Salud puede ser un municipio, puede tener como ámbito un municipio, puede tener como ámbito más de un municipio, puede tener como ámbito menos de un municipio; desde el punto de vista organizacional se caracteriza a nivel de la propuesta teórica por demandar la existencia de un gestor único para el sistema, es decir, el sistema requiere en su concepción teórica de un único gestor.

En segundo lugar, requiere que todos los servicios de salud, todos los recursos de salud, estén bajo el comando del gestor único, entonces, desde este punto de vista, desde este abordaje teórico, no existe la posibilidad de tener SILOS parciales, es decir de tener un Sistema Local de Salud público donde no esté el privado, o de la seguridad social donde no se incorpore el sistema estatal, o el sistema privado. Es decir, el entendimiento de la propuesta final del sistema local, es la gestión unificada de todos los recursos para la salud, que existen en el área que ha sido definida como de "captación" o de "funcionamiento" de este sistema local. El segundo elemento característico de la propuesta -como decía anteriormente- es que no se trata sólo de atención básica; la propuesta SILOS postula que es necesario que para que exista un Sistema Local de Salud, que por lo menos exista hasta un segundo nivel de referencia, o sea, que exista algo más que un hospital con las cuatro especialidades básicas.

El tercer elemento, desde este punto de vista organizacional, es que la población que reside en el área, está bajo, y participa del cuidado de este Sistema Local, es un área de captación, en principio cerrado. El cuarto elemento, es que un Sistema Local de Salud no descarta ni sustituye un Sistema Nacional de Salud. Sólo puede ser concebida la existencia de un Sistema Local de Salud, en la misma medida que se conciba un Sistema Nacional o un Sistema Provincial, y en consecuencia, como un tercer nivel, el Sistema Local de Salud. Cada uno, con sus funciones diferenciadas, de manera articulada, pero sin que implique la desaparición del Sistema Nacional; lo que se rediscute son las funciones que corresponden a cada uno de estos planos del sistema.

En quinto lugar, para el Sistema Local, se coloca la necesidad de que los recursos sean administrados por el propio sistema, que exista la autonomía de gestión necesaria, para que esto se constituya como un sistema. El sexto punto -como decíamos anteriormente y no por ser el menos importante, sino para seguir algún orden-, es la necesidad que se dé la participación, si se concibe el Sistema Local como un espacio que posibilita y facilita de mejor manera la participación, no la participación entendida como participación comunitaria, sino como participación social plena. El séptimo punto que se postula es la necesidad de redefinir los modelos de administración que se corresponden con esta propuesta de Sistema Local, y para eso existe una serie bastante larga de documentos que comienzan a discutir la noción de administración estratégica aplicada al espacio local. Podría seguir enumerando puntos, pero creo que por ahí da más o menos ideas de los puntos básicos que toca un Sistema Local de Salud.

Esto -digamos- es lo que de alguna manera se puede entender como el marco teórico, el marco ideal, dentro del cual esta propuesta intenta ser desarrollada. Lo que se ve es que en la mayoría de los países de América Latina no alcanza, o no se plantea de la misma manera. En general, cuando recorre América Latina, la

propuesta se queda, en el mejor de los casos, en una organización de los servicios básicos de salud, en algunos países servicios básicos destinados a la población no cubierta por los otros sistemas. Se queda limitada la propuesta a lo que podría ser el Sistema Estatal, o lo que es el Sistema Estatal, sin incorporar los otros sistemas.

La delegación de funciones, hacia la periferia no se da, se da en general delegación de obligaciones pero no de funciones, no se acompaña con las sesiones de competencia, poderes, y recursos necesarios para que la propuesta pueda ser establecida, se propone la realización por etapas de Sistema Local, lo cual es la propia negación de la posibilidad de implementar la propuesta, porque se cristaliza en los primeros niveles. Pero, de todas maneras, también con este conjunto de avatares que traban la propuesta, se nota también una apropiación de los Sistemas Locales que aparecen también a nivel de propuesta en diversos lugares de América Latina. Diría, en este momento, que casi la mayoría de los países están hablando de Sistemas Locales, en algunos países se han creado direcciones de SILOS, en otros países ya se denominan SILOS a los centros de salud, nuevamente remarcando lo que decía anteriormente, cómo la propuesta queda desvirtuada al aplicársela sólo en un nivel. Y ya se advierte un segundo movimiento montado sobre estos Sistemas Locales de Salud, que supongo que será la tercera onda que de aquí a poco se estará discutiendo: la propuesta de municipios saludables, que es este último movimiento que se embarca sobre distintas tensiones descentralizadas, donde se recupera una u otra dimensión, y se pierde de nuevo la noción de sistema de salud de diversos niveles de complejidad. Yo creo que es como una pequeña introducción a los elementos centrales, yo me quedaría por aquí, para respetar los tiempos. (*Aplausos*).

Susana Badino: Yo quisiera, en primer término, agradecer a los organizadores por haberme convidado a participar, y realmente, fue una semana de discusiones, contactos, intercambios, muy productiva. Estamos llegando ya al final con un tema, creo bastante importante, que de todos modos no es la primera vez que se discute en este ámbito, ya hubo en otras oportunidades debates interesantes sobre el asunto. Yo diría que, en primer término, nos encontramos en la convocatoria, o en el tema de la mesa, con algunas proposiciones entre las cuales la descentralización, la atención primaria de salud, los SILOS, todas ellas -diría yo, y esto en alguna forma para responder el interrogante de respuesta tecnocrática o alternativa de cambio-, cualquiera de estas proposiciones -en mi opinión- puede tener diversas connotaciones en función de una serie de variables, entre las cuales yo citaría, particularmente, la forma en que los países de América Latina, concretamente, han estructurado los Sistemas Nacionales de Salud -en forma bastante diferenciada como nosotros sabemos-, y por otro lado también en función de la si-

tuación concreta, o de la coyuntura por la cual los países atraviesan. Entre ese marco referencial de propuesta tecnocrática, o alternativa de cambio, podemos encontrar probablemente, si miramos con atención los países de América Latina, modelos bastante diferenciados. Yo creo que sí, en general hay una coincidencia en la mayoría de los países de nuestro continente, en relación a dos situaciones tal vez desencontradas en el sentido de que todas estas propuestas nos encuentran atravesando un momento de transición democrática, es decir el discurso democratizante, en general, es el clima que se vive en toda América Latina, y la otra situación, que es un común denominador también en la mayoría de los países, es la cuestión de la crisis económica, y de las políticas de ajuste neoliberales de la mayoría de los gobiernos del continente latinoamericano.

En función de ese común denominador, de esa situación parecida que los países están atravesando, tal vez algunos dilemas se plantean cuando enfrentamos la temática de la descentralización, o de la atención primaria de salud, o de la propuesta SILOS. Yo diría que un primer dilema está relacionado con, si las propuestas -éstas que estamos trabajando- representan alternativas desconcentradoras en la misión del Estado responsable por garantizar la prestación del servicio de salud, o realmente ellas están, o forman parte de una propuesta más pretenciosa, completa, en relación a una reforma del Estado. Ese sería un primer punto que yo quisiera colocar en esta breve exposición.

En un segundo momento, otro dilema que nosotros enfrentamos en la cuestión de la descentralización nos encuentra junto a otra proposición que es la de la unificación, o sea, la pretensión de tener un sistema único unificado de salud; y en este sentido, pueden presentarse algunas contradicciones. Un tercer tema -al cual me gustaría referir-, es el que se refiere a la atención primaria, y a la atención integral en el campo de la salud. En un cuarto punto, quisiera volver a tratar el papel del Estado, y finalmente discutir algunos puntos que tienen que ver con resultados o experiencias ya realizadas.

Cuando nosotros hablamos de reforma del Estado, en ese contexto que citaba anteriormente, la propuesta de descentralización encierra una variable fundamental: la cuestión del poder, y la cuestión del dislocamiento del poder desde el centro a la periferia. Y en ese sentido, la propuesta tiene o sirve de instrumento, para un proceso que, en última instancia, pretende lograr la participación social en un proceso democrático. Y yo diría, que sin esta participación social, el proceso de descentralización puede significar simplemente una desconcentración de tareas a los niveles locales, aliviando la carga o los encargos de los poderes centrales. Una reforma del Estado que se pretende en muchos sentidos, que es una reforma de carácter político básicamente, que es una reforma de carácter financiero, jurídico, institucional, técnica, y en última instancia es una rémora de carácter cultural, y que tiene que ver, no solamente con los niveles de organización

de los Estados, sino también con los poderes legislativo, ejecutivo, judicial, en función de la histórica concentración del poder en los órganos ejecutivos del gobierno, tiene que ver -sin ninguna duda- con los sectores económicos, y los sectores sociales, en este caso, en general, existe sí una propuesta descentralizadora en los sectores sociales. No parecería que hubiera intenciones similares en el campo económico. Exige una reforma impositiva -sin ninguna duda-, y tiene que ver en última instancia con los niveles nacional, provincial y municipal.

Pero, aun teniendo en cuenta todas estas líneas posibles, en la tarea de la reforma del Estado lo que sí parece claro es que sin una permeabilización de la organización del Estado, sin un mayor control social del poder en términos de las decisiones, y en términos de la asignación de los recursos, sería bastante difícil hablar de descentralización, en el sentido en el cual yo lo estoy queriendo colocar en términos de dislocamiento del poder, del centro a la periferia.

Un segundo aspecto que yo mencionaba, tiene que ver ya concretamente en el campo de la salud, que en alguna medida nosotros podríamos entender que puede ser un sector de vanguardia en un proceso de reforma del Estado, y esto es posible que así sea. Emprender una reforma del Estado en todos sus aspectos, podría significar un esfuerzo que se agota en corto plazo, o sea, que encontrar un sector como el campo de la salud, para iniciar un proceso, podría ser realmente una propuesta de vanguardia extensiva a otros sectores del Estado. De todos modos, el campo de la salud se encuentra con conflictos profundos que tienen una determinación histórica -si hubiera una única palabra para denominarlo- que es profundamente desigual.

Entonces, las desigualdades históricas de nuestros sectores de salud, generalmente -y esto es común a la mayor parte de los sistemas nacionales-, el sector público, con mayor o menor capacidad, siempre ha sido caracterizado por una serie de distorsiones, en función de discrecionalidad, sistema de prebendas, clientelismo, baja eficiencia, escaso aprovechamiento de los recursos, en fin, todas las características que hacen a la denominación genérica de la administración pública. Y ésta es una postura compleja para nuestro sistema de salud, que dentro de todas esas distorsiones, se ven en este momento llevados a la necesidad de eliminar desigualdades en el campo de la salud, o sea, que encuentran concretamente como principio central el principio de equidad de los servicios. En ese sentido, la descentralización -yo decía anteriormente- puede entrar en contradicción con la propuesta unificadora, porque la propuesta unificadora -como escuchamos hace un momento- es uno de los elementos centrales de la propuesta SILOS, formulada por la Organización Panamericana de la Salud. Y la contradicción que yo quería mencionar, es de que si en ese proceso de reforma del Estado no existen articulaciones en los niveles de cúpula entre los diversos sectores, y actores sociales fragmentados de nuestro marco institucional de salud, resulta-

ría bastante difícil que esas articulaciones ocurran a nivel de base, es el caso en general a nivel de municipio, que sería en síntesis la propuesta. Creo que en este campo, los conflictos en relación al comando único, tropiezan con una historia de intereses, y de grupos de interés dentro del sector salud, que se articulan no en el plano de lo local, sino a nivel de la sociedad en su conjunto.

Otra cosa que yo quería mencionar tiene que ver con la propuesta SILOS como una táctica operacional, para implementar las estrategias de atención primaria de salud. Nosotros sabemos que el ofrecer programas de atención primaria significa en general -y esto históricamente desde los antiguos programas verticales está demostrado- una promoción de la demanda en otros niveles de complejidad del sistema. Y es una situación que los Sistemas Locales deberán resolver, porque tal vez todos ellos no sean lo necesariamente autosuficientes como para dar cobertura a demandas que van a aparecer en los sectores de complejidad secundaria y complejidad terciaria en el campo de la salud. En última instancia, la propuesta de atención primaria de la salud, nos lleva, nos conduce, necesariamente a montar sistemas de atención integral de la salud.

Cuando nosotros mencionábamos la temática de la reforma del Estado como marco general, en el cual deberían estar incorporadas las propuestas de descentralización, y mencionando la situación de crisis económica por las cuales atraviesan los Estados nacionales, es obvio que otro riesgo aparece casi inmediatamente, y creo, que esto además de ser un riesgo, es un hecho ya vivido de nuestra realidad. Y es que el proceso de descentralización, nos puede conducir a los caminos de la privatización. (*Aplausos*).

Saúl Franco: Tanto conceptual como prácticamente, de descentralización, municipalización, SILOS, idealmente no es mi campo de trabajo, pero me da la suerte de facilitarme la mínima dosis de irresponsabilidad que se requiere, para hablar ante los espacios académicos, y finalmente lo que yo voy a presentar, es simplemente algunas reflexiones a partir de la experiencia regional en el continente, y en particular en Colombia; no me voy a referir a la cuestión de la atención primaria, ni a la cuestión de los SILOS -que ya trató Adolfo-, me voy a referir específicamente a la cuestión de descentralización y municipalización. La primera idea que quiero compartir con ustedes, es una idea obvia, lo que yo llamaría la historicidad de las estrategias y de las políticas en general, y en este caso particular, la historicidad de los procesos de centralización/descentralización que se han dado, o sea, las categorías centralización/descentralización no son categorías igualmente consistentes y significantes, como prácticas sociales tienen contenidos diferentes; tienen contenidos diferentes, y tienen consecuencias diferentes en distintos momentos.

Si miramos la historia de América Latina, la constitución de los Estados lati-

noamericanos exigió una lucha por la ruptura de los poderes locales hacia la constitución de un poder central, o sea, la creación de las democracias latinoamericanas, en parte, se hicieron sobre la guerra a los poderes municipales; la Revolución Mexicana, por ejemplo, en gran parte, fue la ruptura del poder agrícola regional y municipal -diríamos hoy-, hacia la posibilidad de constituir un Estado nacional democrático; el Brasil de la década del treinta, la lucha contra los coroneles significaba una ruptura también de un orden agrario/regional, hacia la constitución, configuración de una conciencia, y de un Estado nacional, y en Colombia, una de las mil guerras que hemos padecido -y no terminamos todavía-, fueron en gran parte -y ahora se intensifica en esta semana- orientadas hacia la ruptura justamente de los caciques regionales municipales, para lograr la configuración de un estado nacional, o sea, en esa fase histórica -digamos-, la municipalización, el poder municipal, y el poder regional, en cierta forma se oponía, era lo contrario a un anhelo de constitución democrática nacional, parece que ahora estamos en un momento diferente, parece que ahora a fuerza de la concentración del poder central, y a fuerza del ahogamiento de la democracia ante la imposibilidad de una participación a ese nivel, entonces se revierte el proceso, y en cierta forma la línea de tendencia es hacia una tendencia de ejercicio ciudadano desde los espacios básicos, locales, municipales, regionales, hacia la recuperación de una ciudadanía -digamos- nacional, pero con otro nivel y alimentada en esa primera base local.

Por lo tanto, entonces, podríamos decir -en cierta forma sintetizando eso- el flujo, o sea el proceso de centralización/descentralización, poder central, poder municipal, es un flujo en cuyo devenir histórico, lo que está realmente por detrás -que es el ejercicio del poder- y articulado y expresado en una forma democrática, es eso, y la posibilidad de que uno u otro proceso contribuya a eso, lo que en cierta forma puede garantizar, puede calificar, entonces -digamos- la bondad, lo correcto de ese proceso.

Hoy diríamos, que entonces parece que el flujo tiende hacia la descentralización, hacia los procesos locales, regionales, y municipales, y eso puede estar bien si se dan algunas condiciones de las cuales yo destacaría fundamentalmente dos: 1) si la descentralización implica una posibilidad mayor de ejercicio de la ciudadanía -la ciudadanía entendida en este caso, como participación democrática en el juego del poder-. Aquí me parece que es bueno ir más despacio. No hablamos esta cuestión de participación, casi siempre reducida a participación comunitaria, ha ido cayendo en un gran desprestigio, en parte porque lo comunitario -no sé si en la Argentina acontece, en mi país y en muchos otros sí acontece- se entiende como comunitario casi como lo marginal, lo pobre, lo de segunda, o sea, no se habla de participación de la sociedad o de participación social, sino de participación comunitaria, cualquier ministro de salud, o cualquier funcionario

de un organismo internacional habla de participación comunitaria, casi siempre entendiendo a la comunidad como los sectores marginales, y hacia abajo. De lo que estamos hablando aquí no es de esa participación, no es la negación de esa participación, es el retomar eso con una participación social, o sea, el ejercicio ciudadano de los distintos niveles, o tipos, o grupos de ciudadanos que se dan, desde la participación obrera, la participación campesina, la participación militar, y la participación gerencial, etc., etc., etc., pero una participación de la sociedad, no de la comunidad -insisto, sobre todo en la medida que la comunidad tenga ese carácter peyorativo, de la comunidad de los pobres, de la comunidad marginal, que no quede excluida pero no podemos hacer ese juego-. Y estaba diciendo, que este ejercicio de la ciudadanía es fundamentalmente, una posibilidad de participación en el poder, por lo tanto, entonces yo diría, esta primera condición para que la descentralización signifique un avance, es en la medida en que ella sea fundamentalmente una ampliación de la posibilidad del ejercicio ciudadano en los distintos campos -y en la medida en que ahora vamos cerrando el campo del que tratamos aquí, hablaremos de la participación social en el campo de la salud, de la vida, y por lo tanto de la confrontación y el entendimiento de los procesos de enfermedad-.

Y una segunda condición, que me parece fundamental, y que hoy pesa mucho, es en la medida en que estos procesos de descentralización signifiquen la posibilidad de una mejor gestión de lo público, supongo que también en la Argentina, pero en muchos otros países de América Latina hoy hay gravísimas acusaciones en torno no sólo a la corrupción de lo público, sino a la casi ineficiencia de lo público. Se trataría si la descentralización, o sea, la descentralización significaría hoy un avance, desde esta perspectiva, en la medida en que creará las condiciones de posibilidad de una gestión pública no sólo más eficaz, sino también más digna, más ética, porque en cierta forma hoy hay un cierto cansancio en la ética de la gestión pública, y algunos procesos latinoamericanos -podemos decir varios, puedo enunciar el caso concreto de Venezuela-, hay mucho además de crisis política, hay también una crisis de credibilidad del Estado, y una cierta fatiga de corrupción y de desengaños sumados.

Diríamos entonces, que en este caso el proceso descentralizador sería progresivo en salud, en la medida en que, además de significar una posibilidad mayor del ejercicio ciudadano -en los términos que vamos a describir más adelante-, permitiera realmente una mayor eficacia del sector público, una mejor gestión de este sector. Pero, puede pasar con la descentralización todo lo contrario, o sea, la descentralización puede convertirse en muchas cosas negativas, yo enuncio fundamentalmente dos:

1º) la descentralización puede convertirse en un instrumento, en una condición de lo que ahora se llama el "nuevo orden mundial", el nuevo orden interna-

cional, o sea, un instrumento para que haya un reacomodo del poder al servicio de lo que se quiere ahora constituir como nuevo orden mundial, en el sentido de un poder unipotencial, multifocal, neocolonial, neoliberal, y me parece que hay que estar con los ojos muy abiertos a que en esta práctica no se convierta en un instrumento de esto, por lo tanto, hay que hacer un trabajo para lograr que el proceso democratizador en lugar de aportar a una nueva democracia restringida, a una nueva democracia dependiente, constituya un proceso de conciencia regional, local, autovalorativa, hacia la constitución de nuevas dimensiones en el poder internacional.

2º) Otro riesgo que me parece alto también, es en este momento que estos procesos descentralizadores terminen reducidos a una propuesta tecnocrática -como dice el título de hoy, lo dice en forma de pregunta, lo diríamos ahora como una posibilidad real- en la que haya un cierto reduccionismo, y en la que la descentralización y la municipalización, terminen por convertirse en una forma de instrumentar, de utilizar, o de propiciar la participación de la comunidad, en los términos negativos antedichos. Sintetizaría hasta aquí diciendo, que el proceso descentralizador como proceso histórico, es un proceso que puede en la fase actual contribuir a una democratización mayor, a una participación mayor, siempre y cuando se den determinadas condiciones, y se interpreten adecuadamente en cada uno de los contextos en los cuales se den.

Un segundo punto que quiero tratar -me disculpan que ya estoy creyendo sobre el tiempo- es una pregunta muy simple, realmente en salud qué es lo que se descentraliza, o sea, qué es lo que debe democratizarse en salud -sería otra forma de plantear la pregunta-. Digamos, en primer lugar puede ser en cierta forma cualquier cosa, o sea, puede descentralizarse la pobreza, y en varios lugares uno ve que lo que se pretende es eso, es casi repartir la pobreza y dejar que la gestión de la pobreza quede en manos locales, o sea ante la imposibilidad de una gestión nacional, y el incremento de la pobreza por las medidas de ajuste, el proceso descentralizador podría devenir en una forma de reendosar a los sectores populares, y a la población en general, los cobros o los costos de esos procesos de ajuste. Puede ser también ese proceso descentralizador, puede descentralizarse la justificativa de la huida del Estado de su fundamental papel, en la garantía de condiciones sociales y entre ellas las condiciones que hacen posible la vida y la salud, y entonces contribuiría este proceso a tapar, a regar, a distribuir esta huida, esta pérdida del Estado, lo que decía anteriormente también, del riesgo de que se descentralice lo instrumental, en cierta forma, que la descentralización sea la instrumentación del centralismo, o sea que manteniendo el poder central el proceso descentralizador sea simplemente un proceso instrumental en el cual se aplique, se haga simplemente lo que está previamente decidido a nivel central.

Y un último punto respecto a esto de lo que puede negativamente descentrali-

zarse -ya lo trató Susana, no me voy a extender- es el proceso privatizador. Diría entonces, qué sería entonces lo que idealmente debería descentralizarse en el campo de la salud. Yo señalaría lo siguiente: fundamentalmente la descentralización del poder en el territorio de la salud, lo que implica descentralizar, democratizar el poder en salud, democratizar el saber en salud, democratizar el quehacer en salud, democratizar la práctica, la gestión en salud, y democratizar, hacer más participativa también la gestión financiera en este sector. De la descentralización, la democratización del poder en el sector salud, debe traducirse en una transformación fundamental de la participación en la construcción del saber, en la circulación del saber, y en la aplicación del saber, debería traducirse en un diálogo mayor de los distintos saberes y prácticas, con un profundo respeto por los saberes populares, por el saber no oficial, por el saber no tradicional, y una apertura mayor a un diálogo de saberes, y así para adelante.

Y diría también, que sería altamente conveniente que lo que se descentralizara fuera -no sé si la expresión sea correcta o no- una descentralización de la conciencia, esto si es muy riesgoso de decirlo, no estoy seguro de que esa categoría sirva, pero lo que quiero decir es que haya más respeto ciudadano por las distintas representaciones, por las diferentes pautas categoriales sobre la vida, sobre la salud, y sobre las prácticas para enfrentarlo, y por lo que pudiéramos llamar las "ideas fuerza" de la sociedad, en torno a su concepción de la vida, la muerte, la salud, etc.

Y un punto, para terminar, son algunas reflexiones en torno a la cuestión del municipio. El municipio aparece hoy a primera vista como un buen espacio para ensayar alternativas en los distintos campos, entre ellos el del territorio de la salud. Uno diría, que en cierta forma, un poco en extenso, esta corriente municipalizadora sería la concreción a este nivel del ejercicio de la gestión y de la conciencia, de lo que acontece en la sociología con la vuelta a las sociologías particulares, en la teología que, sin negar a Dios, vuelve a buscar a Dios en lo cotidiano, en la práctica, etc., etc., etc., la búsqueda de las historias de vida, la cuestión de la vida privada, o sea, esta corriente municipalizadora es una retomada de la conciencia de los niveles intermedios entre el individuo y el Estado, entre un Estado excesivamente lejano y la posibilidad de un territorio como de mayor circunscripción. El municipio, entonces, aparece como un espacio intermedio de las relaciones hombre/naturaleza, y de relaciones sociales. En cierta forma, el municipio aparece como nicho ecológico/político. Y en ese sentido, entonces, la municipalización puede ser una forma de toma de conciencia de una nueva articulación en la Nación, como un espacio, como un campo de acción del poder de un nivel local, a un nivel más próximo, como una posibilidad de concreción de las diferentes acciones, de una manera más visible, más próxima, más cogestionaria, y como un espacio de materialización, en este caso de la descentralización.

Pero, igual aquí que anteriormente, podemos decir que hay también muchos riesgos con la municipalización, enunciaría tres fundamentalmente: 1º) una mistificación del municipio, o sea, convertir ahora el municipio en la gran alternativa, en la suprema posibilidad, también tiene sus riesgos, y también desvía, también niega dialécticamente algo que debe estar integrado en otro contexto. 2º) Otro riesgo que me parece muy serio, y aquí me quiero detener un minuto, es pretender municipalizar la salud. La salud no es municipalizable, se pueden municipalizar prácticas, maneras de crear, pero la problemática de la salud está infinitamente por encima de los límites de diferentes nichos ecológicos, o de diferentes nichos políticos administrativos, en cierta forma la salud, no los servicios de salud, y la relación con la vida, que se hace posible en la relación hombre/naturaleza, del hombre consigo mismo y con los demás, esa salud no es municipalizable, por lo tanto, sería un error garrafal pretender crear una cierta cosa municipal en todo el territorio de la salud. 3º) Y finalmente señalar la materialización, que el municipio no vaya a significar la materialización de esa conceptualización negativa de descentralización anteriormente hecha.

Quiero terminar finalmente, con una breve alusión a la cuestión de Colombia en relación a la cuestión de municipalización, no a otros aspectos. En primer lugar, la Constitución colombiana -una de las más jóvenes constituciones del mundo, acaba de cumplir un año -el 4 de junio de 1991 se publicó- traduce muy bien al país en su forma actual- o sea, con toda su conflictividad, con todas las fuerzas en movimiento, no es una Constitución que les guste a los juristas -me he dado yo cuenta-, les parece muy a la carrera, muy heterodoxa esta Constitución, pero expresa la realidad política del país, en esa Constitución el municipio fue intensamente favorecido no solamente en términos administrativos, sino el municipio -más o menos en los términos que decía antes- como un espacio de gestión ciudadana, como un espacio, un cierto nicho ecológico/político en el cual se juegan estas relaciones del poder, y en las cuales el ciudadano teóricamente puede sentir más cerca al Estado, más participativo, más haciendo parte de, que sufriendo, padeciendo, o esperando desde lejos algo. Por esta fuerza que la Constitución le ha dado al municipio, y por la guía del primer mundo en las ciudades saludables, en el país hoy se habla mucho más de municipio saludable que de SILOS, y se hace toda una filosofía y se construye, se contribuye a construir una conceptualización de lo que sería un municipio saludable, que realmente -como lo dijo ya Adolfo- es algo distinto a la constitución propiamente de un SILOS, o sea en un municipio saludable -según la concepción del mismo Adolfo-, podría evidentemente haber varios SILOS, o no haber SILOS.

Realmente este proceso de municipalización está abriendo en el país una posibilidad real de acción participativa, o sea, de una mayor conciencia de la posibilidad de actuación, de la posibilidad de intervención, de la posibilidad de cons-

truir algunas formas distintas en todos los territorios, y para el caso particular en el campo de la salud. O sea, hay una posibilidad real de acción participativa, y de acción comunicativa. Ahora, obviamente, la municipalización tiene grandísimos obstáculos, ya no solamente obstáculos conceptuales, sino obstáculos de la más diversa índole, aun del estado actual de las cosas, aun en el territorio económico, la municipalización choca con grandes obstáculos -hay un municipio que en el país ha querido crear su proceso de municipalización y no ha podido, porque el Estado no le puede pasar fondos porque lo tiene intervenido un juez. El municipio tiene una deuda hasta el año 2020, porque no le ha pagado a una Caja que le atiende los servidores municipales, entonces todos los bienes del municipio están interdictados hasta el año 2020, va a ser muy difícil la municipalización en esa región. Y al mismo tiempo, en el país con este proceso de municipalización se está dando un proceso de revanchismo de los viejos micropoderes locales, de los viejos caciques locales, y esto realmente traba, hace difícil la posibilidad de esa oxigenación de esa conciencia municipal más renovada, que trata de impulsarse actualmente. Eran estas algunas de las ideas que quería plantear. Me disculpan por la premura, y me disculpan los compañeros de mesa por el tiempo mayor. Gracias. (*Aplausos*).

Roberto Belmar: Sin duda, quisiera compartir los puntos de vista anteriores, felicitar esta extraordinaria e interesante jornada, que no sólo ha sido importante en este ámbito conceptual, sino diría también más rica en la interacción que nos ha tocado participar a nivel de los talleres, y sobre todo las conversaciones y la *dinámica que ha generado la relación informal en los pasillos, encontrando no amigos que conocíamos, sino también amigos que no conocíamos pero que compartían las mismos ideales, los mismos principios, y ambos deseosos de aprender mutuamente, así que quiero en mi nombre agradecer la oportunidad de estar con ustedes, y en mi vida he participado en muchos congresos y reuniones, y ésta ha sido sin duda una de las más ricas desde el punto de vista en el que creo, que he recibido mucho más de lo que modestamente pudiera yo aportar. Sin duda, que en quince minutos va a ser muy difícil compartir con ustedes todo lo que tenemos que decir, porque nosotros los chilenos, y sobre todo los chilenos que nos consideramos del ámbito del mundo socialista, queremos contar un poco qué significan estos 50 años que están culminando hoy en día, que parte de la República Socialista del comienzo de los años treinta, hasta que hoy día en que la vertiente socialista es parte importante del Gobierno de la Concertación Nacional, y en ese contexto, cómo nosotros podemos influir en reconstruir una nueva sociedad con tanta experiencia como la chilena, y después de haber salido de tantos años de oscurantismo como lo que ha acabado de suceder.*

Es una tarea muy difícil, voy a tratar de mantenerme dentro del tiempo, sin

tratar de copiar a mi amigo colombiano, y plantearme tres grandes áreas: ¿cuál es la experiencia nuestra en cuanto a participación social, cuál es el modelo que surge de esta experiencia y que lo vamos a explicitar en estructuras de tipo legal, leyes, reglamentos, y estructuras normativas, y ¿cuál es la experiencia -aunque muy corta- que nosotros tenemos en este momento de la aplicación de este concepto de participación social, en el marco de esta nueva terminología, que es la terminología de los SILOS? A nosotros los chilenos nos molesta el término SILOS, porque nosotros venimos tratando de construir hace muchos años, y este invento conceptual nuevo desconoce estos 50 años de trabajo. Sin duda, que de la experiencia del socialismo básico chileno, surge el primer centro de salud de América Latina a comienzo del año treinta, en Quinta Normal, dirigido por un binomio técnico político. El director del consultorio era Gustavo Molina, y el asesor político era un joven médico llamado Salvador Allende y allí se concibe la enfermera universitaria de Salud Pública que empieza a generar este concepto de trabajo en equipo, de sector de programa materno infantil, que culmina en el Frente Popular cuando Salvador Allende como ministro de 33 años, pone en la mesa como proyecto de ley presentado en el año 1939 el proyecto de Servicio Nacional de Salud, que tarda 13 años en ser reconocido como proyecto, y se aprueba en el año 1952 como proyecto de ley, creando y unificando las distintas líneas que había en Chile, un país de larga experiencia en salud pública, la beneficencia de los hospitales, la PROTINFA, que es la protección materno infantil, las Cajas de los obreros, hoy su ley de seguro obrero obligatorio, etc. Y se crea el Servicio Nacional de Salud, que fue de una riqueza extraordinaria, y que fue generado en un Chile que estaba en pleno proceso de la gran recesión mundial, saliendo de la Segunda Guerra Mundial, con mucha pobreza, monoproducción, país joven, enfermedades infectocontagiosas, problemas materno infantil.

Por lo tanto, todo lo que es el Servicio Nacional de Salud, es un servicio que se generó para ese contexto, generado conceptualmente en el año 1939 en un excelente diagnóstico, en un libro que hizo Don Salvador -que es una inspiración para todos los chilenos-, que hizo un primer diagnóstico de situación muy acabado en ese tiempo. Pero sin duda que es superado; el Chile para el que fue creado el Servicio Nacional de Salud desapareció, éste es un país nuevo, de estructura demográfica diferente, con problemas de enfermedades crónicas, degenerativas, de medio ambiente, que demanda que nosotros repensemos la estructura de salud. En estos años, qué hemos aprendido aquellos que hemos trabajado en atención primaria, y en participación comunitaria, nosotros fuimos los que inventamos el término de medicina comunitaria, hubo un departamento de medicina comunitaria que me tocó dirigir y crear en la Escuela de Medicina, a fines de los años cincuenta y comienzo de los sesenta, en los cuales nosotros hicimos muchas cosas positivas, pero también hicimos grandes errores, en vez de contarles

lo bueno, siempre uno tiene que compartir en estas reuniones los errores. Primero, planteamos que había que hacer una participación social para la salud, y eso culminó en el gobierno de la Unidad Popular cuando generamos los Comités Paritarios y los Consejos de Salud para la Salud, que sesgaba la participación social y hacía como una subespecialización de hacer participación social sólo para la salud, con todos los aspectos que tú has planteado y que fueron muy importantes, porque veo que compartimos ese punto de vista. El sesgar la atención en hacer una especie de participación social solamente para las organizaciones sociales de base, dejando afuera grandes actores y preocupándose sólo de una salud, y de una salud para los médicos; cuando los médicos hacíamos participación social lo hacíamos para nosotros mismos, para hacer mejor nuestros programas, para que la comunidad nos aportara recursos, para hacer mejor la salud del doctor, la salud de la píldora, la salud de la receta, del examen de rayos, etc.

Así que hemos aprendido que para hacer participación social todos los actores sociales deben estar allí presentes. Lo segundo que aprendimos: el voluntario de salud. Los voluntarios de salud, cualquiera sea el mecanismo que nosotros los seleccionamos, si entran a la égida del Estado, pasan a ser portavoces del Estado, que de alguna manera coparticipan con el Estado en su proceso -podemos usar el término- de dominación o de venta de ideas, que pueden ir de la dominación absoluta a simplemente vender la idea del momento. Me ha tocado por mi vida conocer muy profundamente otras experiencias, no solo la chilena, los *bearfoot doctor* de China, el *felcher* de la Unión Soviética, los voluntarios de salud, las promotoras de salud de Colombia, y generalmente hemos aprendido que el voluntario de salud dentro del equipo de salud va perdiendo paulatinamente su identidad ciudadana, comunitaria, social, para transformarse en un funcionario que demanda un puesto dentro de la salud.

Así que nosotros hemos planteado sin dejar de desconocer el valor del voluntario de salud, mecanismos novedosos y nuevos, como trabajar con ellos sin producir este fenómeno de la deformación del voluntario de salud. El otro concepto que nosotros queremos recuperar y que hemos aprendido, es el concepto medicalizante que tiene todo proceso de salud, donde el rol hegemónico, el médico, que se nos educa diciendo que nosotros somos los líderes naturales de un equipo de salud, y por lo tanto nosotros somos los que decidimos. Hemos aprendido a través del tiempo que el liderazgo en el equipo de salud es un liderazgo de tipo rotatorio, que cae en los distintos miembros del equipo de salud, pero que el equipo de salud es más grande que los funcionarios de un consultorio o de una instrumentación de salud, que figuran los científicos sociales, las fuerzas sociales, las organizaciones sindicales, las otras expresiones de la vida social: el profesor, el representante de la iglesia, el representante de las organizaciones deportivas, de los grupos juveniles, etc.

Es decir, que sin duda el equipo de salud debe ser siempre un equipo muy flexible, que tenga la capacidad de ir aportándose de aquellas fuerzas y aquellos elementos que lo van a enriquecer en la función que nosotros estamos estableciendo. Basado en esa experiencia, he agregado un segundo elemento que es *extraordinariamente importante*, que hasta ayer -hasta muy ayer- cuando hacíamos salud, hacíamos programas de las personas, de ahí que siempre hablamos del programa materno infantil, el programa maternal, el programa del adulto, el programa del adulto mayor. Y nos olvidamos que la otra gran preocupación que debe tener el equipo de salud es el medio ambiente. Que si desvinculamos al individuo del medio ambiente y dejamos al medio ambiente en otra función, estamos cometiendo un error craso desde el punto de vista epidemiológico, porque desde el punto de vista epidemiológico nuestra población en riesgo es un grupo humano que vive en una situación ecológica, por lo tanto para expresar esta situación nuestro centro de foco de atención es el individuo en su familia y en su sociedad, en su medio ambiente. Y ese es un elemento, a mi modo de entender, *extraordinariamente importante*.

El tercer elemento que yo quisiera establecer es el concepto de la gestión. Los sectores de atención primaria o los sectores de salud reciben una cantidad *extraordinariamente importante* de recursos que nosotros gestionamos, estos recursos que llegan a nuestras manos partiendo de la base que cuando hablamos de mala gestión no hablamos de corrupción, sino que hablamos de mala gestión cuando son mal usados. El despilfarro que hace el equipo de salud en los distintos niveles expresa muchas veces el mal uso de estos recursos al definir en forma inadecuada los objetivos, en usar instrumentaciones fundamentalmente médicas despreferenciando la prevención, el concepto de control de riesgo, el concepto del control de preresgo, el control de fomento de la salud.

Por lo tanto, el área de gestión es un área que debemos nosotros reconocer y mirando hacia atrás como profundamente errada -y yo debo decirlo, como directores de tantos consultorios, de haber trabajado tanto tiempo-, y ahora al haberme metido un poco más en el proceso de gestión moderna, cuántos errores cometimos y cuántos despilfarros hicimos, y cuánto despilfarro vi a mi alrededor en estos momentos. Así que, basado en esos conceptos, nosotros planteamos un modelo no solo conceptual sino estructural, vale decir que estas ideas las estamos plasmando en estructuras legales que nos permita no sólo hacer algo y poder mostrarlo, sino hacer algo que sea parte estructural de la sociedad. Para llegar a esto, *no* partimos haciendo todo el primer día, sino que establecimos "áreas de validación" donde estas ideas se valorizaron, y "áreas de validación" en la cual no le pusimos plata extranjera, ni le pusimos nuestra mejor gente, ni le pusimos más, sino que con los recursos reales del Estado buscamos los dos municipios urbanos más grandes de Chile, La Florida, que tiene casi medio millón de habi-

tantes, y Conchalí. Ambos eminentemente populares, La Florida con un sector importante de clase media baja, Conchalí un sector popular muy antiguo, y un grupo rural donde están nuestros hermanos mapuches, fundamentalmente expresado, que es la etnia rural en la zona de Temuco en el sector de Chonchón. Y allí pudimos nosotros ver este modelo, este modelo de participación social y sistemas locales de salud, y ver cómo operaba, aprender de allí -no los voy a cansar con la experiencia-, estuvimos mirando, aprendiendo, tentando modelos, haciendo ideas, evaluándolas, contrastando, y realmente proponer una cosa que no venía del pizarrón, o del libro de sociología, o de la experiencia que tuvimos algunos de nuestros países, sino que aplicar modelo y vivir.

Y esto es muy importante, lo que nosotros traíamos en la mente hace dos años, cuando por primera vez -en mi caso particular después de 18 años- volví a pisar las gradas del Ministerio de Salud, es muy distinto de lo que en estos momentos estamos proponiendo. Estos sólo 24 meses de gestión nos han hecho aprender extraordinariamente, y la propuesta que les voy a describir muy someramente, proviene no sólo de la de la herencia que tenemos de más de 50 años, y de la experiencia, y lectura, y la interacción, sino de la aplicación real de estas ideas en áreas -diría yo- tienen más de un millón de habitantes, vale decir que equivalen a casi un 10% de nuestra población; es decir, que partimos de un modelo que realmente nos permite decir que hay alguna seguridad. En primer lugar comparto -y para eso no me voy a repetir- lo que dijeron mis antecesores en cuanto a los riesgos de la desconcentración dentro de la descentralización, nosotros realmente queremos descentralización en el marco que se dio, en la entrega de poder, en el manejo del presupuesto, en una gestión adecuada. También queremos que la sociedad en total participe en este proceso.

Entonces en este momento en Chile hay dos leyes -un conjunto legal ya aprobado-, que es la Reforma Regional, -la región equivale a la provincia-, y un proyecto de ley en ciernes, que es el Concierto de la Salud Municipal. Para hacer esto hay tres instrumentos: el instrumento mayor es el "Concejo con C", que es el Concejo de los concejales, los cuales son electos por la población, que es una especie de Congreso local que transforma las normativas nacionales en leyes locales. Hay un Concejo Comunal y hay un Concejo Regional, ambos generados democráticamente, que van a permitir en un proceso de votación directa -un voto por ciudadano- de poder elegir el Concejo Comunal, y éste a su vez elige los concejales regionales, que permite exista esta representatividad de la fuerza local por sobre la fuerza centralista. Segundo que exista a nivel de Comuna o Intercomuna, cuando las Comunas son muy pequeñas el Consejo -con "s"- Económico Social, que es el antiguo Consejo Comunitario que teníamos en el pasado, pero ya no de las organizaciones clásicas de base, Centro de Madres, Junta de Vecinos, sino que lo llamamos Económico Social, que todas las fuerzas de la socie-

dad estén representadas, incluyendo el sector productivo, que es un factor extraordinariamente importante en calidad de vida y en situación de salud, no podemos hacer en la zona maderera nada de salud; si la industria maderera no está sentada en torno de la mesa del diálogo y de la discusión, porque ellos son parte del problema, pero deberían ser parte de la situación, por lo tanto, este segundo consejo es extraordinariamente importante por ser el lugar donde se produce una adecuación de la normativa nacional a la real y local, no por la expresión solamente política sino por la expresión de la fuerza social.

Me voy a saltar, en el proyecto de ley, en la parte de salud se plantea, que una vez que está elaborado el programa de salud comunal, no puede ser conocido por el Concejo -con c- de los ediles electos, sino antes aprobado, discutido y modificado, por el Consejo Económico Social, es decir, hay un paso regulado por la ley en que la sociedad va a poder expresar su punto de vista sobre el programa de salud. Pero, para que haya SILOS -en el concepto real que estamos hablando- tiene que haber otro, que es el Consejo Técnico de Salud del SILOS, el cual lo dirige el director de salud, donde están presentes las autoridades técnicas del ministerio a nivel desconcentrado local; es decir, el director de atención primaria local, el director de programa local, el director de medio ambiente local, no el nivel central que yo represento, sino el nivel local, pero a su vez, los jefes de salud de cada una de las comunas-, y ellos son los que generan el marco conceptual, para iniciar el proceso de programación en salud, vale decir, que el programa de salud se inicia a nivel del SILOS, donde están los tres niveles, de allí va a la comuna, prepara su programa, que tiene que pasar por el Consejo Económico Social, para que después de un diálogo -no los voy a cansar con los detalles- entre comuna y servicio, se presente un programa que esté de acuerdo a las normas generales nacionales, para no perder la unidad nacional, pero que cuando lo aprueba la comuna, lo aprueba y lo hace propio de ley, con presupuesto propio, y con manejo presupuestario propio. Si hay un problema de discrepancia entre lo que dice Salud, y lo que dice la Comuna, hay un nivel de apelación que es el nivel regional, no el nivel nacional ni el nivel de salud, porque creemos que el nivel de región es el que tiene que tener la capacidad de dirimir. No voy a entrar en detalles, porque la experiencia nos ha demostrado que en aquellos lugares en que uno opera, que en realidad creemos, tomando en cuenta todos los antecedentes que se han planteado acá, y nosotros reconocemos los riesgos que se han puesto en forma tan clara en la mesa.

Quisiera en el último minuto -y ya me pasé- decir el rol de las ONG, porque creo que no se ha tocado aquí en forma adecuada, y nosotros tenemos una buena experiencia. durante los últimos 17 años, fue siempre visto como antagonista por la población, por lo tanto, surgieron centenares de ONG, y de ellas centenares en Salud, que cumplieron un rol fundamental para dar salud a nuestra población. La

riqueza que esa ONG planteó -yo lo digo públicamente- fueron uno de los factores fundamentales del retorno a la democracia de Chile -como yo digo, un poco en chiste, después vinieron los dirigentes partidarios que estaban en el exilio a administrar la victoria del Movimiento Solidario Chileno, yo era uno de los que volvía, así que es una autocrítica-. Pero creo que fue gravísimo, que cuando vuelve el Estado, todo el apoyo internacional se vuelca hacia el Estado, y las ONG empiezan a desdibujarse y desaparecer, y a nosotros -desde el punto de atención primaria- nos pareció peligrosísimo, porque allí había una riqueza mucho más de lo que el Estado es capaz de hacer con todos nuestros programas, con toda nuestra ciencia, lo que uno ve y lo que uno veía.

Entonces, lo que ha hecho el Estado en estos dos años, ha trabajado no sometiendo a la ONG hegemónicamente al Estado, sino también que trabajando con la ONG. Se han hecho propuestas donde las ONG han hecho planteamientos como la ONG desde su ámbito solidario, desde el programa de trabajo en el SILOS, y puede establecer un trabajo y una propuesta de trabajo, lo que hace el Estado es financiar la propuesta. Pero, la ONG trabaja independientemente del Estado, solamente nosotros nos preocupamos que los dineros se gasten en la forma que se dijeron que se iban a gastar.

Tenemos en este momento más de cien proyectos con un financiamiento cercano a los 1.000 millones de pesos chilenos -que son alrededor de 3 millones de dólares-, lo cual desde el punto de vista de Chile, es una cantidad muy importante de dinero para hacer cosas que el Estado nunca las va a poder hacer, y ahí está el rol de los voluntarios de salud -que yo les decía-, ahí está la parte de educación, el trabajo con la mujer, el trabajo a nivel de los pesticidas, de los trabajadores de tipo inmigrante en la agroindustria, el trabajo de los mineros en el norte, y la riqueza que nos puede dar la ONG, que sin someterla al Estado, sino que trabajar en sociedad igualitaria, creo que es de una riqueza tan grande, que el presupuesto de 1993, cuando ya se acabe el dinero dulce del retorno a la democracia, lo estamos incorporando al presupuesto de la Nación, para que cada SILOS disponga de fondos para seguir en esta tarea correspondiente a aportar y apoyar el trabajo de ONG -es lo que tendría aplicado Argentina, éste es un trabajo de ONG que tenemos acá, una reunión como esta el Estado debería apoyarla pero no controlarla, sino que financiar un proceso de la calidad como esto-.

Eso es lo que nosotros pensamos hacer, sin duda que me quedan muchos otros temas que yo quisiera entrar, una última palabra en torno al riesgo de la privatización. No voy a entrar en detalles, porque podría ser riesgoso para entrar en cosas que son de manejo interno del Estado, pero es importante que en los procesos de cambio, esté el componente de pensamiento socialista, porque de alguna manera una de nuestras tareas, consiste fundamentalmente en prevenir el proceso de privatización. Porque se produce lo que se llama el proceso de "des-

natar” -como cuando uno le saca a la leche la mantequilla-, entonces consiste en que si uno deja mecanismos legales un poco abiertos, los fondos de los ricos se van hacia los sectores de alto ingreso, y los sectores populares van perdiendo su capacidad de recibir servicios. Y lo importante al hacer cualquier proyecto de ley es cerrar los resquicios, para que este proceso de desnatar, que a lo mejor no se hace hoy día, se pueda hacer mañana. Porque nosotros estamos conscientes, de que uno de los riesgos más importantes del proceso de descentralización, es una puerta de entrada para el proceso de privatización, y caer en este fenómeno que ha sido largamente discutido. Nosotros creemos que esta es una batalla que la vamos a tener todos los días, no es una batalla que se gane o se pierda, es una lucha permanente de tensión entre un Estado solidario que cree en el crecimiento con equidad, y que no cree en el revalce, que cree que lo que produce la economía sana de un país debe ser redistribuido, focalizado en los grupos, es decir que el que tiene menos reciba más, y que este proceso se regule de forma adecuada, impidiendo que se produzca el fenómeno inverso: ¿cuál es?, que los que tienen más sigan teniendo más, y los que tienen menos se sigan desprotegiendo. Así que yo, con estas palabras, quisiera cerrar agradeciendo a ustedes. (*Aplausos*).

Gastão W. de Souza Campos: Yo estoy con un poco de frío, yo quisiera pedir perdón por la masacre que haré en los próximos minutos con la lengua española (risas). Yo no voy a hablar sobre experiencia brasileña, yo voy a hacer algunas reflexiones más generales -ahí está una brasileña que se está riendo de mí-. Voy a partir de las reflexiones que hizo Saúl Franco acá, para mí fue muy bueno, porque yo pienso que lo que nosotros teníamos que discutir es exactamente eso que él habló. O sea, qué hacer con la descentralización, qué propuestas, qué directrices, qué programas, qué acciones deberíamos desarrollar para que la descentralización no tenga los riesgos, y esa serie de problemas que él apuntó acá. En Brasil, también hubo un proceso de municipalización de la salud; la mayoría de las acciones de la salud están a cargo de los municipios. Yo intentaré hacer aquí una reflexión. Yo pienso que la descentralización puede ser un instrumento muy importante, central, para la recuperación, para la reforma del Estado, -como Susana decía- o sea, yo creo que hay -creo no, hay- una crisis muy clara de las instituciones públicas, de la administración de las instituciones públicas. El socialismo real se cayó, las instituciones públicas de América Latina, de Europa Occidental, con o sin corrupción, con mayor o menor corrupción, encuentran una dificultad muy grande para representar, para colocar en operación, acciones de salud, de educación, que atiendan las necesidades de la gente, que tenga un dinamismo capaz de representar los conflictos y las contradicciones de nuestra sociedad moderna. Yo pienso que la descentralización puede jugar un rol muy decisivo en soluciones, y que la izquierda hasta hoy no experimentó en la práctica.

Hoy por la mañana, yo estaba en la posición de ustedes -escuchando-, y me acordaba que un psicoanalista decía que estar a favor o en contra de los hospitales psiquiátricos era una cuestión política o ideológica. Yo pienso que hay un procedimiento que los sectores conservadores -no sé si ese psicoanalista era conservador o no-, nosotros somos todos conservadores, pero yo estoy hablando de un procedimiento conservador muy general que es el siguiente: los sectores conservadores presentan sus proyectos, sus propuestas, sus objetivos, como necesidades inevitables, como necesidades ineludibles, y nuestros proyectos los proyectos de reforma de transformación, son calificados por ellos como ideológicos, dicen que son políticos -y en cierto sentido obviamente lo son-. Pero yo pienso que eso es una trampa, que nosotros frecuentemente caemos en ella, sí son los derechos, los locos tienen todo el derecho de salir de los hospitales, pero no es solo eso, hay más que eso, hay algo más que el derecho. Hay una cuestión de razón, de razonamiento; con toda la crisis de la razón moderna la lucha política exige que nosotros trabajemos con esas categorías también. Entonces, de qué se trata en ese caso: de que el hospital psiquiátrico no resuelve nada, no tiene ninguna eficacia, cualquier epidemiologista puede hacer una serie de estudios y comprobar que este modelo de atención no mejora, no cura, no restablece a los enfermos, y que hay otras alternativas de eficacia. Es una cuestión de derecho, de humanización, pero también es una cuestión de que no es posible. Yo pienso que con la descentralización pasa algo semejante -en mi opinión-, algo muy parecido. La descentralización aparece en la Argentina, y aparece en Brasil, como una directriz, como una consigna neoliberal, como una consigna conservadora, ellos la presentan como siendo capaz, como siendo la alternativa, para resolver, para ecuacionar esta cuestión de las instituciones públicas. Hay un diagnóstico que toda la gente por las calles hoy hace, y es el diagnóstico de la crisis de las instituciones públicas, entonces, los neoliberales, la prensa, los políticos, los intelectuales, los yuppies, y una serie de otras categorías, de clases sociales de la burguesía, dicen que la forma es o privatizar, o acabar con las instituciones públicas, y aquellas que son imposibles de acabar a corto plazo hay que descentralizarlas con dos objetivos: el primero sería la productividad, elevar la productividad; las instituciones públicas no tienen una rentabilidad, una productividad adecuada, y el segundo sería una captación de recursos de forma descentralizada. El Estado Nacional queda afuera, no hay más presupuesto, entonces, los municipios, los hospitales, tienen que luchar para conseguir su plata, conseguir su forma de financiamiento cobrando a las personas, privatizando, haciendo el juego del mercado, de la filantropía, de las donaciones, por ahí afuera. Pero, esa descentralización, este proceso de descentralización, que en cierta medida me parece que ocurre aquí en Argentina, ese horizonte; esa visión de la descentralización, es un horizonte que nosotros podemos romper, que nosotros podemos que-

brar. Sí depende de qué hacer en la descentralización, quiénes son los sujetos que van a implementar la descentralización, cuál es la correlación de fuerzas, cuál es el desarrollo de las varias fuerzas sociales, entonces, la descentralización puede tomar varios sentidos. Si es el Estado argentino, o si es el Estado brasileño, que va a implantar desde arriba un proceso de descentralización. Yo creo que el proceso de descentralización quedará en los límites de la privatización, de la atomización de los servicios públicos, en fin, en los límites de la utopía de la libre competencia, de que el mercado sería capaz de garantizar la solidaridad, que el porvenir sería venturoso si todos empezáramos a competir los unos con los otros, si todos volviéramos a ser animales nuevamente.

Yo pienso que esa consigna, esa directriz de la descentralización, tiene una vinculación muy estrecha con el capitalismo, con el neoliberalismo; el mercado es una institución descentralizada, los agentes económicos tienen una autonomía muy grande para hacer el juego económico, para tomar una serie de iniciativas. Entonces, esa propuesta de descentralización, es una visión que entiende al mercado como instrumento capaz de reorganizar, de comandar, de dirigir, la vida en la sociedad. Pero, la burguesía, los empresarios, tienden a hacer las cosas a medias -a media luz-; en mi opinión el iluminismo no avanzó porque quedó en manos de la burguesía. Si fuerzas sociales más amplias hubiesen tomado en sus manos el iluminismo, la razón, nosotros podríamos haber recuperado esas cosas. Lo que yo quiero decir con esto es lo siguiente: la descentralización es una categoría privada, es una categoría del capitalismo, del juego del mercado, y no es al mismo tiempo, porque la burguesía no puede admitir, que la descentralización vaya más allá de sus propios intereses. En tres instancias yo analizaré eso, en relación al Estado.

La descentralización del Poder Ejecutivo, en Brasil, en Colombia, significa que el señor presidente ya no manda más solo, ahora mandan los gobernadores, los jefes de las provincias. Los directores de salud y los gobernadores de las provincias no comandan, no dirigen solos ahora, ahora también los intendentes, los secretarios municipales de salud, o sea, la descentralización es pensada como descentralización dentro del Poder Ejecutivo, no es pensada casi nunca como una democratización directa del Poder Ejecutivo, lo máximo que se admite son las elecciones generales, la participación comunitaria, o alguna cosa por el estilo. La descentralización en las empresas, tampoco entra en el mundo de la producción, lo mismo que en el capitalismo. Todas las escuelas, todas las teorías de administración empresarial o administración pública, invocan de alguna forma el control directo de los jefes, de los coordinadores de las fuerzas de trabajo. La idea de la administración pública, de la administración privada, es una idea de subordinación de los trabajadores, de la gente. Incluso en la salud, no hubo una teoría que avanzara formas autogestionarias de administrar una empresa, de cre-

ar un consenso. Eso paró, por eso yo digo que incluso en la concepción neoliberal, en la concepción de la burguesía, la descentralización tiene límites muy claros.

Pero, estos tres objetivos serán alcanzados si existe un sujeto social colectivo, si se organizan los trabajadores, los trabajadores de salud, si los distintos sectores significativos de la sociedad civil de cada uno de nuestros países asumieran la participación, asumieran esta lucha, ¿hay en la Argentina y en Brasil un bloque, un conjunto de fuerzas sociales capaces de realizar esa tarea?, yo creo que no, pero la creación de este bloque, depende de este proceso, depende de que nosotros digamos que hay que garantizar lo público, hay que democratizar, hay que cambiar el modelo de atención para atender a la gente, para atender el interés de las personas, y la descentralización. Entonces, hay una relación dialéctica entre esas dos cosas, y yo creo que la salida, la clave, es que la descentralización debería ir más allá de la descentralización, hasta el Poder Ejecutivo municipal o local -no sé como lo llamarán-.

La descentralización tiene que caminar ante el equipo de salud, tiene que abrir espacios para formas de co-gestión, de autogestión, o sea, la transformación de la descentralización es un desafío mucho mayor del que nosotros podríamos imaginar. Yo tengo como cierto que esa tarea no es una tarea simple, no es una tarea fácil, como no es una tarea simple, como no es una tarea fácil, yo creo que vale la pena, es una tarea que tendría una gran potencialidad transformadora, no está asegurado, no está garantizado en ningún lugar, en ningún programa, en la cabeza de ningún intelectual que ese proceso va a caminar, hasta dónde ese proceso va a caminar, pero yo creo que éste es uno de los desafíos de la humanidad, no solo de Argentina, de Brasil, de Colombia, de Chile, es una posibilidad de que más allá de los intereses corporativos, más allá de los intereses privados, que la gente de la Boca, que la gente que camina y que toma el subterráneo, para que los pacientes en los hospitales, aquellas personas, aquellos grupos a los que nosotros damos tan poco, acreditamos tan poco, que nosotros imaginamos que tienen una capacidad intelectual tan chica, tan pequeña, esos grupos, esas personas, los médicos, ¿cuál es nuestra política para que los médicos argentinos y brasileños, participen, sean instrumentos de ese proceso de autogestión, ¿por qué? la descentralización es esencial? Entonces, mi propuesta es la municipalización sin los sistemas locales de salud, eso es muy bueno, es un hallazgo gerencial muy importante, pero la descentralización tiene que tener un contenido mucho más amplio, la lucha por la descentralización no depende de la OPS, no depende del gobierno brasileño, no depende de las personas que ocupan cargos en el Poder Ejecutivo, depende de movimientos, de acciones, de reflexiones, de creaciones autogestionarias como son las de estas jornadas. Disculpen. (*Aplausos*).

Guillermo Williams: Bueno, yo voy a tener que ser bien breve, brevísimo. Quizá, como participante totalmente local, es como que tenga que precisar claramente cuáles son mis pensamientos respecto de este tema, para que ustedes que en definitiva son la expresión viva de lo que pueden ser los niveles locales realmente en la Argentina, por lo tanto, seguramente todo lo que yo voy a decir son experiencias que ustedes están llevando adentro. En primer lugar, no pude asistir a todas las exposiciones que me precedieron, pero las que pude escuchar -al margen de ser realmente muy interesantes-, creo que plantearon como hechos importantes la cara y seca de cada uno de los temas, es decir la cara y seca de la descentralización, la cara y seca de la participación social, la cara y seca de los sistemas locales de salud, es decir, todo lo que puede tener de potencialmente rico, y todo lo que puede ser significativamente negativo, creo que donde más se hizo énfasis en esto es en el tema de la descentralización.

Pero, también, quiero aclarar un poco qué significa o qué puede estar significando -desde mi opinión personal- para la Argentina el tema SILOS. Sistemas Locales de Salud, es algo así como -podría definir- “vientos nuevos para traer ideas viejas”, ideas que creo que están hechas carne en todos los trabajadores de la salud desde hace mucho tiempo, y creo que el colega de Chile lo planteaba claramente, cuando planteaba toda la historia que Chile tiene en la estrategia de atención primaria. De la misma manera que esto es así, también es muy difícil de establecer modelos comparativos entre las realidades de nuestros países, y a su vez en nuestro país, en las realidades de las distintas provincias. Indudablemente, que el proceso de municipalización a partir de la constitución en Colombia, marca un rumbo determinado, una definición clara, política, hacia qué tiende, y enmarca un poco en el área de salud lo de sistemas locales -indudablemente que lo de Chile que hacía mención, en cuanto a la historia de la atención primaria, y también al resurgimiento de la vida municipal también marca algo importante-, pero si nosotros esto lo comparáramos con la República Argentina, veríamos que la vida y la riqueza de los municipios a su vez también es muy variable dentro de las realidades provinciales. El municipio en algunas provincias tiene una gran tradición histórica como eje de la vida comunitaria, como puede ser la provincia de Santa Fe, con sus movimientos municipalistas en su determinado momento, como puede ser la riqueza de los municipios de la provincia de Buenos Aires, en cuanto a la potencialidad que tienen y en cuanto a lo que realmente son.

Pero, de la misma manera, podemos hablar de muchas provincias en que el municipio no es una figura que exista, o que realmente no constituya *per se* algo importante. De todos modos, Sistemas Locales de Salud, no hay que manejarlo como algo dogmático, el cual sea un libro cerrado que hay que comprarlo con todos los requisitos que éste tiene, pero sí hay que rescatar esto de “vientos nuevos, ideas viejas”, quizá sí algunos elementos que tal vez le pueden dar mucha

más fuerza al nivel local. En primer lugar, la descentralización; la descentralización -obviamente- en función de esta cara -y no la seca, que antes hacían mención mis colegas-. Pero, descentralización que en definitiva sí es un proceso de democratización, el fin último de una descentralización es la verdadera participación social, es decir, que la descentralización no es un instrumento únicamente -sí por supuesto válido- de acercar al nivel decisorio, al nivel operativo, de transferir recursos, etc., etc., etc., para poder ejecutarlo mejor, pero el fin último de una verdadera descentralización, es establecer los mecanismos de participación social aceptados. Y participación social -y aquí concuerdo con el colega chileno- no es únicamente la participación de los individuos *per se*, que tiene que seguir existiendo, sino la participación de todas aquellas formas sociales que en la comunidad pueden estar agrupándose, y que tienen representación y vida.

Y acá, otro de los elementos importantes de la idea de sistemas locales, cual es la articulación, la articulación intra y extra sectoriales. Intrasectorial, los argentinos sabemos perfectamente bien la dificultad que existe para articular los subsectores que integran el sector salud, no solamente el sector público, el sector privado, sino también el sector de la seguridad social. Articulación extrasectorial, para considerar todos aquellos componentes que tienen que ver con la salud, y que no son directamente de la salud. Y por último, quizá como un importante elemento, la concepción de la administración estratégica local, como un elemento que permite en el nivel local, desarrollar todo aquello que es posible desarrollar. Pero, teniendo en cuenta que lo estratégico ya no es únicamente estratégico, sino que es estratégico y normativo, que existen momentos estratégicos de programación, y que existen momentos normativos y que, por lo tanto, esa administración estratégica, debe considerar a los dos momentos. Yo creo que hablar de experiencias de sistemas locales en la República Argentina, con estos preconceptos que antes definía, creo que es hablar de la larga tradición que tienen muchas provincias de la República Argentina en procesos de desarrollo de nivel local, indudablemente con diferencias, pero éstos son los sistemas locales, que por ahí, a lo mejor no los definimos como tales, pero sí que existen, o acaso no podemos considerar que el Programa de Salud, que durante largos años en la provincia de Neuquén se ha ido desarrollando en sí mismo y globalmente, no es un sistema local, que quizá hoy ese sistema local y global se esté planteando cuáles son las alternativas para seguir creciendo. Por ejemplo, ampliar la articulación extrasectorial, que tal vez no lo tenga tan definido, y por ahí sí también en el caso de ellos, descentralizar para sí, bajar el poder a los municipios. ¿Podemos olvidar acaso también, como experiencia de sistemas locales, los programas de atención primaria que se desarrollaron en provincias como Jujuy, el Chaco, o Salta en determinado momento, y que hoy languideciendo muchos de ellos, por ahí tienen acento de nivel local y esa idea de participación social, que es importante para el desarrollo?

Todos estos ejemplos que estoy poniendo, a los cuales les podría agregar también intentos de programación local en la provincia de Buenos Aires, con el programa reciente PROSALUD, no son más que evidencias de que los SILOS -denominados así, y yo también soy uno de aquellos que no le gusta específicamente el nombre- existen más allá de las definiciones internacionales, pero que los actores -digamos- importantes en estos sistemas locales, son justamente los niveles locales, no existe la receta para un sistema local, sí existen elementos, sí existen instrumentos, que permiten el mejor desarrollo, pero creo -y lo vuelvo a repetir-, la descentralización cuyo fin último es la participación social, la articulación intra y extrasectorial, y la administración estratégica local -elementos que perfectamente en cualquier nivel local, y sea el nivel local un municipio, un grupo de municipios, o una parte del municipio- es posible desarrollar. Nada más. (*Aplausos*).

Pregunta: ¿Qué diferencia hace usted entre participación comunitaria y participación social plena?

Roberto Belmar: Bueno, en nuestra experiencia cuando uno habla de comunidad es un grupo humano en un territorio definido, que tiene formas de liderazgo para enfrentar problemas comunes. De alguna manera, uno plantea un límite en determinado tipo de fuerzas sociales de base, descontextualizando el problema de esa comunidad, de los problemas que escapan a ese grupo social específico, y nosotros lo aprendimos muy a la dura, en el programa del sector norte de Santiago, cuando el problema central que enfrentaban esas comunidades era el problema de falta de alcantarillado, y la solución era el gran colector del sector norte de Santiago, que escapaba no solamente a las posibilidades locales de la comunidad, sino que a las posibilidades aun del Ministerio de Salud, y solamente cuando los distintos sectores de esa parte de Santiago, no sólo los ministerios, sino que también las fuerzas sociales, empresarios, grupos de vecinos, partidos políticos, organizaciones de tipo gremial, y organizaciones de tipo empresarial, dieron un trabajo conjunto, se pudieron hacer las obras del gran colector. Este es un ejemplo que a nosotros nos cupo mucho dolor, porque trabajamos muchos años en torno al problema de la diarrea infantil, que era la primer causa de muerte en los años cincuenta en ese sector. Y solamente cuando nosotros nos dimos cuenta que la participación social era más grande que la participación comunitaria, pudimos enfrentar aquellos problemas. Y aplicado ahora, si se toma el problema de contaminación atmosférica de Santiago, solamente lo vamos a enfrentar cuando podamos llegar a un acuerdo con los transportistas que están pululando en nuestra atmósfera con los gases de los motores diesel. Cuando el Estado pase las legislaciones adecuadas para impedir el ingreso de motores usados, que son los que en carrocerías nuevas, hacen los buses que hacen este fenómeno, es decir, es

un fenómeno que escapa muchas veces a ese ámbito. Y los grandes problemas que hoy día estamos planteando -y esto era verdad ayer en la diarrea-, es mucho más verdad hoy cuando enfrentamos el problema de la obstrucción bronquial, de la neumonía en las grandes ciudades, el problema de la contaminación de las aguas, por las aguas negras en el acantarillado, y nos vuelve el cólera en nuestras lechugas y verduras de suelo. Es decir, que los problemas que nosotros enfrentamos, sin tocar siquiera el grave problema de la salud laboral, tienen que ser programas vistos desde el punto de vista de todas las fuerzas sociales.

Pregunta: ¿En qué etapa de organización están los SILOS en la Argentina, y cómo se coordinarían en aquellos lugares en que subsiste la APS?

Guillermo Williams: Yo empezaría por la segunda parte de la pregunta. En realidad, no es que se coordinarían los sistemas locales, sino que a partir de la existencia de un programa de la atención primaria en la salud, bien estructurado, éste es el germen para el Sistema Local de Salud, ya que si -y ahí sí me voy a poner un poco más en teórico- lo que se plantea cuando se definen Sistemas Locales de Salud, se plantea como una modalidad operativa para afirmar la estrategia de atención primaria; es decir, que los Sistemas Locales de Salud, son un instrumento que permite reafirmar la estrategia de atención primaria, por lo tanto, no es que tenga que venir el sistema local impuesto por encima de los lugares donde hay programas de atención primaria, sino que todo lo contrario, los programas de atención primaria que indudablemente contemplan en alguna medida todo el rol de participación social -que habíamos hablado antes- al que quizá habría que agregarle la descentralización, y quizá habría que agregarle -por ahí también, depende de cómo sea el programa de atención primaria, al que específicamente se refiere- una articulación intra y extrasectorial, es decir, el contemplar a los otros sectores involucrados, que seguramente la estrategia de atención primaria que en esos lugares -que seguramente hace referencia la pregunta- ya está contemplado. Globalmente, yo diría que no hay una definición en que diga la etapa de organización de los Sistemas Locales en la Argentina, es grado uno, dos, tres, cuatro. Lo que sí puede referir a partir de mi poca experiencia todavía a nivel nacional -es decir, yo tengo pocos meses de trabajo a nivel de Ministerio-, es que las experiencias de Sistemas Locales, no definidos como tales en la Argentina, son mucho más ricas de lo que nosotros creemos.

Pregunta: ¿La articulación de la APS no pasa por la dificultad en la formación de recursos humanos con una línea biológica y asistencialista?

Guillermo Williams: Yo creo que es una de las dificultades, la formación del

recurso humano, con un modelo -como dice acá, biólogo y asistencialista- es un elemento central. Y aquí también me tendría que remitir a otra de las definiciones en cuanto a Sistemas Locales de Salud, que define como requisito indispensable un nuevo modelo de atención. Un nuevo modelo de atención significa, como elementos centrales, que el componente promoción y protección de la salud tenga un énfasis que hoy no tiene, y que toda la prevención primaria, que es un elemento central de la estrategia de APS sea un componente también central. Esto bajo ningún punto de vista concuerda con el modelo de profesionales de la salud que salen de nuestra facultad, es así que concuerdo con la reflexión que me hicieron llegar.

Celia Iriart: Bueno, agradecemos a los participantes. Muchas gracias. (*Aplausos*).

LA ARTICULACION DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES CON LO POLITICO

Mesa redonda

COORDINADOR

Edgardo García

DOXA, Cuadernos de Ciencias Sociales

PANELISTAS

Zulmira Galvão Alvarenga, miembro del Consejo Municipal de Salud de São Paulo

Carlos Alvarez, diputado nacional

Atilio Borón, vicerrector de la Universidad Nacional de Buenos Aires, UBA

Paulo Buss, director de la Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

Víctor De Genaro, secretario general de ATE

Alfredo Pérez Esquivel, SERPAJ, Premio Nobel de la Paz

Anabela Plataroti, Movimiento de Vecinos Incomunicados de Almagro

Ricardo Muir, Movimiento de Vecinos Incomunicados de Almagro

Miguel José Zárate, representante del Plenario Permanente de Organización de Jubilados

Paulo Buss: Voy a intentar hablar el portugués conocido de todos, con permiso de la mesa. Me gustaría saludar a los compañeros que están reunidos en esta Jornada de Atención Primaria y de Salud, y decirles que miramos con mucho afecto, y miramos con mucha alegría, la organización de estas jornadas. Porque creemos que representan, no sólo para Argentina como para Latinoamérica, un movimiento muy importante que se está tomando cada vez más fuerte en este país.

Argentina es un país que significa mucho para América Latina. Quizá nosotros, Brasil y Argentina, somos dos países que tienen una masa crítica en el campo de la medicina social suficiente e importante para incursionar en el movimiento de renovación de las cuestiones de la salud en nuestro continente.

Yo pienso que, quizá, los demás países del continente, pueden ser una afirmación gestionable, pero yo pienso que Argentina y Brasil, y también los demás países del Cono Sur, están, en este momento, significando para América Latina, un espacio de reflexión extremadamente importante; porque las políticas del ajuste, en toda América Latina, se expresan en forma muy singular y muy perversa en los países de nuestro continente.

Yo pienso que la constitución de una masa crítica, como se está haciendo hoy en Argentina, en Brasil y otros países, de hacer un análisis, una interpretación de esta realidad, podemos entonces sugerir, quizás podría decir exigir a los gobiernos, una mudanza de los sistemas de salud, una mudanza de los retos de las sociedades de nuestro continente... puede representar una recuperación de la justicia social de nuestro continente que ésta, quizá, con las democracias todavía aún constituyéndose, caminando con pasos muy vagos para los deseos y las necesidades de nuestros pueblos.

Entonces, este ejemplo que nos da hoy Argentina, con la organización de estas jornadas, nos da mucha esperanza de que podamos construir cada vez más fuertemente un pensamiento de Medicina Social en nuestro Continente. En Porto Alegre, cuando se realizó el Encuentro del Cono Sur, Argentina se presentó como un país que organizaría el próximo encuentro. Me parece que este encuentro de hoy representa un excelente inicio para la organización del próximo encuentro de los países del Cono Sur. Los resultados de esa jornada, seguramente, incursionarán otros países del continente, otros compañeros de la medicina social a desarrollar sus trabajos, desarrollar sus investigaciones y su acción política para tornar la salud en un derecho de nuestros pueblos.

En el mes de agosto estaremos realizando, en nuestro país, la 9º Conferencia Nacional de Salud. Es un momento muy especial en nuestro país por las conocidas dificultades económicas, las injusticias sociales que se están incursionando con la afirmación del movimiento neoliberal de la economía y de la concepción de sociedad que es el movimiento tras (...), y la Novena Conferencia representa, para nosotros, una retomada de un movimiento de seis años atrás con la 8º Conferencia que estableció los principios de salud para la nueva Constitución Nacional de Brasil.

Desde aquel momento, nosotros, intentamos, de forma muy fuerte, hacer real las palabras de la Constitución; pero hay un embate con otras fuerzas contrarias a estas ideas de la Constitución, y esta lucha es una lucha que no empezó ayer, no se reduce a hoy, es una lucha de todos nosotros, para hoy y para el futuro. Por tanto, yo insisto en decirles que este movimiento que ahora se hace en la Argentina tiene la solidaridad de los compañeros de Brasil con certeza, pero les puedo decir, quizás, de los compañeros de medicina social del continente; y les digo que están todos de parabienes por la realización de estas jornadas. Muchas gracias. *(Aplausos)*.

Edgardo García: Buenas tardes a todos, en principio yo quiero agradecer, en nombre del Consejo de Redacción de *DOXA*, la oportunidad que los organizadores de las jornadas nos han brindado de estar aquí, en esta mesa que, como bien dijo Hugo antes va a trabajar sobre el tema de la articulación de los movimientos sociales con lo político.

Yo creo que destacar la relevancia de los movimientos sociales en la Argentina, hoy, puede ser algo obvio; sin embargo, ante la crisis de representatividad que viven los partidos políticos en nuestro país, y ante la crisis de viejas formas organizativas, los movimientos sociales han renacido, y lo han hecho con bastante vigor. Catamarca, movimiento por los derechos humanos, movimientos vecinales de distinto tipo, o el movimiento reciente por la salud pública o por la educación pública, están revelando que hay un vigor considerable, y esto abre nuevas preguntas a viejas respuestas que nosotros ya teníamos. Al principio nos preguntábamos, ¿movimientos sociales es excluyente de partidos políticos como forma de organización? ¿Cuáles son las relaciones que los movimientos sociales pueden establecer de conflicto o de cooperación con el Estado? Una serie de interrogantes que, yo creo que con esta mesa que tenemos aquí, vamos a ir teniendo algunas respuestas provisionarias. Sin más, paso la palabra al diputado Carlos (Chacho) Alvarez por el Partido Justicialista.

Carlos Alvarez: En primer lugar, por supuesto agradecerle a la organización, esta posibilidad. Tengo que aclarar que no estamos más en el Partido Justicialista. Y este es un tema muy caro a quienes estamos preocupados por encontrar nuevas formas de militancia para esta etapa, y ser coherentes con eso que venimos diciendo hace mucho tiempo, de encontrar nuevas formas de hacer política.

Cuando planteamos la articulación entre la política y los movimientos sociales, lo que estamos diciendo es, si se puede encontrar, en esta etapa, donde la política se convierte, evidentemente, en un producto o una mercadería más, que se vende en el mercado político; si es posible volver a instalar una idea y una práctica que tenga que ver con la acumulación de poder y con la acumulación de fuerzas en la sociedad (...). En América Latina y en Argentina en estas épocas de ajustes y de reestructuraciones, la política ha dejado de ser pensada como una forma de acumulación de poder de la sociedad. En esta época, donde los partidos políticos han renunciado a expresar la movilización social y se han dispuesto a competir solamente con productos, es decir con candidatos en el mercado político, lo que queda vacante o lo que queda a discutir es, si las fuerzas, los partidos, los grupos que protagonizamos y protagonizaron las mejores etapas de lucha de este país, encuentran hoy formas actualizadas de volver a situar la política en el plano de lo social y en el plano de la acumulación de fuerzas en el país.

Y esto es lo que se trata cuando planteamos nuevas formas de hacer política

o la articulación entre lo político y lo social. Primero esta disponibilidad y esta voluntad; o aceptamos que la política es la competencia de candidatos en un mercado, que es lo que nos plantean los partidos tradicionales o, por ejemplo, en el caso del peronismo, un partido que supo expresar, de manera por supuesto muy heterogénea, muy amplia, muy contradictoria y muy conflictiva, pero que supo expresar movimientos sociales importantes en la sociedad, pero que ahora reconvertidos al liberalismo, al conservadorismo en la Argentina, también es parte ya, me parece, irreversible de este juego político que yo definía antes como lucha de competencias o como lucha de productos, competencia de productos en el mercado político.

Frente a esto nosotros tenemos el mismo reflejo del paradigma del setenta; y yo creo que ya no podemos ser las viudas de los setenta, no podemos seguir diciendo "tenemos que volver a reconstruir esa vieja ética de los años sesenta o setenta donde la militancia era otra cosa". Esto tampoco, como posibilidad, funciona más. Qué nos dicen los movimientos sociales; lo primero que nos dicen es que hay que reconstruir una ética de lo cotidiano, que no se trata, solamente, de constituir discursivamente la vieja ética de la liberación con un discurso disociado o aislado de las prácticas sociales de la comunidad. Nos dice también que no hay un sujeto único ni excluyente del cambio de transformación; que existen hoy múltiples contradicciones en la sociedad argentina, múltiples frentes de lucha, múltiples problemas cotidianos. Que de los movimientos sociales se está intentando expresarlos sin, todavía, poder establecer un nivel de articulación suficiente como para esa conflictividad social, y esos movimientos sociales se articulen en una estrategia política y social que pueda confrontar las políticas bipartidistas o los proyectos hegemónicos hoy instalados en el país.

Entonces digo, primero una ética de lo cotidiano significa reconstituir un heroísmo de los años noventa, que no tiene que ver con los grandes discursos de la epopeya liberadora, sino tiene que reconstruir una práctica militante que tenga que ver, básicamente, con las necesidades concretas de la gente, que evidentemente no se mueve hoy o no se siente seducida, convocada o movilizada por los grandes discursos o por las propuestas macro.

Nosotros podemos plantear, de decenas de maneras distintas, la conformación de otro modelo de sociedad; pero si ese otro modelo de sociedad no está articulado o no hay un puente, entre el modelo de sociedad que planteamos y los conflictos concretos, reales y cotidianos de la gente, pierde sentido y pierde significación en la conciencia mayoritaria de la sociedad ese discurso del otro modelo, del otro camino o de la otra sociedad que queremos plantear.

Y la idea de que no hay un actor, un sujeto excluyente de la transformación social, me parece que es importantísima, porque en Argentina se han producido hasta paradojas significativas. Está con nosotros un integrante, un militante del movi-

miento de los jubilados que, quizá, ha expresado, en este último tiempo, el movimiento de mayor capacidad de lucha, de pelea, de estar, de protagonizar; porque ustedes los han visto reflejados en las pantallas de televisión y los hemos visto nosotros todos los miércoles en el Congreso; que muchas veces este movimiento de jubilados se ha convertido en la vanguardia de la pelea por la dignidad, por la justicia y de lucha, también, contra el modelo.

Qué paradójico parece que los jubilados puedan ser la vanguardia, quizá, en muchas de estas luchas. Lo que está marcando es que, hoy estamos en presencia de un sujeto múltiple (...) apareció hace poco tiempo en la comunidad educativa como un sujeto de participación y la demanda de un bien social estratégico fundamental como es el derecho a la educación pública. La defensa de la escuela pública; aparece este otro sujeto, la comunidad educativa, como un sujeto protagónico e importante en la lucha social y en la vida política del país. ¿Qué hacemos desde la política?

Primero me parece que el no intentar manejar, hegemonizar o montarse en las visiones, cualquiera de ellas, de la más burda a la más sofisticada; intentar montarse sobre lo que la sociedad, sobre lo que la gente construye como movimiento autogestionario. Sí, aportar el poco o mucho poder institucional que podamos tener nosotros y ponerlo al servicio de esa reivindicación. ¿Porqué digo esto? porque todo movimiento social, como parte de su lucha, también tiene que ver reflejadas su acumulación de fuerzas en el plan institucional, una mejor legislación, una mejor ley de educación a partir del movimiento por la educación pública, una mejora sustantiva en la posibilidad salarial de los jubilados.

Un debate en el seno del parlamento sobre estos temas tiene que ver cómo la sociedad (...) cómo ese movimiento también ocupa las instituciones y cómo se consiguen victorias en el plano institucional. Hasta ahora se ha avanzado poco en ese campo, porque también hay una crisis o una incapacidad, hasta ahora, de articular con mayor productividad lo político y lo social. Por qué en lo político no somos conscientes de que esto es fundamental y acá se juega una estrategia distinta de construcción política; porque yo no creo que exista modelo alternativo en el país, si no se coloca en el centro del escenario político y social a la gente.

Si nosotros, si la política distinta, si otra política no coloca a la gente de nuevo, por cualquier mecanismo sin ortodoxias metodológicas, sin libretos prefijados, sin dejos manuales, no logramos ayudar a colocar a la gente, a los trabajadores, a los sectores populares, a los usuarios, a la comunidad educativa, a los jubilados. Si no logramos colocar a la sociedad para desequilibrar estas desfavorables relaciones de fuerza que tenemos hoy en la sociedad, es imposible construir hoy un proyecto alternativo a la hegemonía neoconservadora.

Y esto tampoco podemos pensarlo, que a partir de las elecciones, de lo únicamente electoral, nosotros vamos a resolver esta desigualdad o estas condiciones

desfavorables que está viviendo hoy el campo popular en nuestro país y en el conjunto del continente.

Si uno ve la crisis de los paradigmas, si uno ve las discusiones de las discusiones de lo que acaba de transcurrir en Managua, sobre los sectores de la izquierda tradicional, de la neozquierda y de los partidos populares, nos estamos dando cuenta que hay una profunda crisis de identidad que recorre este espacio, y que hay una necesidad de encontrar no solamente un pensamiento más abierto que dé cuenta la crisis de transformaciones de estas sociedades; sino, básicamente que también dé cuenta de un nuevo paradigma de construcción política y social para estas sociedades. Y esto me parece fundamental en la discusión, por lo menos muestra un mayor diálogo, una mayor comunicación y una mayor discusión de cómo se potencia lo que cada uno hace en su propio espacio sin las viejas discusiones de las prehegemonías o de quién tiene que hegemonizar el movimiento popular.

Hoy hay una necesidad de una discusión horizontal, sin hegemonismos previos, que junto a dirigentes políticos, dirigentes sociales, dirigentes sindicales que estemos preocupados por encontrar un camino alternativo a las políticas de ajuste, que no son fácilmente compatibles de un pensamiento económico alternativo; creo que tienen que tener otro sustento social y tienen que ser capaces de generar una movilización social que hoy está mayoritariamente ausente o desarticulada en la sociedad argentina.

Ese múltiple actor social tiene y debe poder ser articulado, no por dirigentes políticos que le vengán a poner la política desde un lugar o desde otro lugar superior a la que la gente construye; sino que, al contrario, esos movimientos sociales también deben darse sus propias formas de representación política sin antagonizar y sin entrar en contradicción con lo que existe hoy como política transformadora.

Digo esto, y para terminar, porque creo que habíamos acordado un espacio de quince minutos. Digo que, en la discusión sobre cómo se construye o cómo se reconstruye una idea de poder desde la sociedad (...), creo que se juega la suerte de la construcción de una alternativa popular en el mediano plazo del país.

Hasta ahora venimos saliendo de la crisis, intentando sobrevivir, a partir de movimientos superestructurales de ingenierías electorales, no muchas veces felices. Pero, evidentemente, falta encontrar un nuevo paradigma militante en la sociedad argentina. Porque, no solamente hay una crisis de cómo se milita, hay una crisis de qué significa lo que es ser hoy un militante del movimiento popular, con qué textos se forman, qué discutimos, ninguno da referencia de los setenta, ninguno de los paradigmas ni de los viejos manuales, ni de los viejos textos nos dicen nada de cómo hacer política de manera diferente hoy en el país. Lo que estamos reconociendo sí, es que se reconstruya desde lo micro, que se reconstruya

desde la inserción en la vida cotidiana de la gente, y se reconstruye un horizonte distinto, un porvenir distinto de la perspectiva o un proyecto distinto a partir de que seamos capaces como lo fuimos en otra época, de expresar necesidades concretas y urgentes de los distintos sectores de la sociedad.

Ya no es planteando grandes consignas o simplificando en grandes consignas lo proyectual, ahora se trata de volver a reconstruir una mística, no en el sentido de las viejas místicas, sino una mística en el sentido de insertarse en la problemática cotidiana y social de la gente; y eso me parece que es lo que estamos discutiendo hoy, lo que creo es que en este encuentro, en esta mesa redonda podemos ir avanzando y creo que es lo que nos queda como discusión y como prácticas nuevas a todos aquellos que no nos resignamos a aceptar como fatalismo este único camino, es decir a este único camino conservador. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Adolfo Pérez Esquivel: Buenas tardes. Quisiera expresarles mi saludo, la alegría de estar con ustedes, y también a los hermanos y hermanas de los países que nos acompañan. Yo quisiera, más que exponer, muy brevemente, cómo veo el movimiento social y lo político, quisiera primero aclarar algunas cosas, y hablar de nuestra experiencia en forma muy concreta.

En primer lugar, los movimientos sociales son políticos, toda acción social es política, nuestro trabajo es un hacer político, y está enmarcado, también, dentro de ciertas perspectivas de transformación social en un proceso de liberación, no de las cosas grandilocuentes, sino la liberación como un acto cotidiano, si no, no transformamos absolutamente nada.

El movimiento social se transformaría simplemente en asistencialismo, y sabemos que con el asistencialismo no transformamos absolutamente nada, podemos palear determinadas necesidades. Pero yo creo que, aquí, cuándo hablamos de lo social y de lo político, para mí es lo mismo. Hay una diferencia y son los partidos políticos. Y aquí tenemos que hacer diferenciaciones de contenidos, de objetivos, movimiento social, podría hablar concretamente, y por eso quiero hablar de nuestra experiencia en la lucha contra la dictadura en el movimiento por los derechos humanos, el trabajo social de base, las organizaciones populares. Buscamos dentro de esto una alternativa.

Primero, nos encontramos con ese drama enorme de la grave violación de los derechos humanos, movimiento social en nuestras organizaciones se preparan para esa lucha (...), cuando los partidos políticos quedaron totalmente neutralizados y una política que es una constante en los partidos políticos, diferenciando algunas personas que tuvieron el coraje de sacar la cabeza y de estar presentes en la lucha; otros estaban debajo de la cama o negociando con los militares, como lo hemos podido comprobar.

Pero, desde el campo social, nos encontramos primero con las grandes movilizaciones al enfrentamiento contra la dictadura tratando de recuperar el espacio de participación y evitar la grave violación de los derechos humanos. Todos teníamos muchísimas esperanzas del retorno a los procesos democráticos; pensamos que esa dolorosa experiencia, de tantos años de dolor y de sangre y de sufrimiento del pueblo, se habían aprendido. Que los partidos políticos habían aprendido. Nos equivocamos, y tengo que decir (...) y hubo muchas frustraciones en eso. Pensamos que una vez que salió la dictadura volvimos otra vez a recuperar el proceso constitucional que estaba en manos de los partidos políticos; que a través de los partidos políticos, el pueblo iba a encontrar sus representantes, iba a poder generar nuevas posibilidades sociales y podíamos avanzar en la construcción de un proceso democrático real.

Y nos encontramos con la política del avestruz, que esconde la cabeza cuando tiene miedo y la saca cuando le conviene. Y esto es una constante en los partidos políticos, en las dirigencias políticas, salvo excepciones, pocas excepciones, pero esa fue la realidad.

El movimiento social, no nos habíamos planteado nosotros la toma del poder, la acumulación del poder para poder llegar, no, porque no era nuestra intención transformarnos en un partido político, sí, en una fuerza social articulada que pueda respaldar y fortalecer un proceso democrático. Lo veíamos nosotros en las grandes movilizaciones y las marchas; los dirigentes políticos aparecían cuando les convenía, pero una vez en el poder comenzaron a traicionar, hasta el día de hoy. Puedo hablar del radicalismo y puedo hablar hoy del peronismo. Traicionaron todo lo que dijeron que iban a defender: ley de punto final, obediencia debida, los indultos, los criminales en la calle; en el Congreso, los parlamentarios votando las leyes, claudicando sistemáticamente, traicionando todos los valores; entonces, ¿de qué ética estamos hablando? Porque para mí, ética y política son indivisibles. No podemos caer en esto, en los grandes discursos vaciados en sus contenidos.

Por eso, muy brevemente, lo que estoy diciendo, quiero hablarlo desde nuestra experiencia. ¿Qué pasó, cuáles son los resultados? Hoy estamos hablando de política de ajuste, capitalización, privatizaciones. El deterioro de la salud, el deterioro de la educación, las grandes movilizaciones, el problema de los jubilados que los han transformado en mendigos del Estado, y no en personas que tienen una retribución por toda su contribución a los años de trabajo ejercido durante muchos años. Pero se han privilegiado cosas, y hoy nos encontramos frente a esto que es muy crítico y doloroso también, que no hay credibilidad en las dirigencias políticas. Yo recuerdo, hace un tiempo, en las elecciones que se hicieron en Tucumán, y que estaba la opción entre Bussi, el general de la dictadura, un hombre que ha violado gravemente los derechos humanos, y Palito Ortega. Y una co-

sa que la gente, cuando me preguntaba, yo lo dije públicamente, lo publicaron, se enojaron mucho la gente de Palito Ortega (...) y digo: la gran tragedia de la política argentina es que no se vota nunca lo mejor, si no, lo menos malo; y con lo menos malo, es malo y no podemos construir absolutamente nada. No hay proyectos alternativos, no hay nuevas formas de hacer política.

Cuando se dice que desde lo político hay que darle el espacio al campo social, yo no creo en eso, es el mismo pueblo que va a ocupar su lugar y su espacio, y de ahí van a ir surgiendo nuevas dirigencias políticas, desde la base, desde las organizaciones campesinas; de las organizaciones de mujeres, de los barrios, de los sindicatos. Miren ustedes a qué llegamos: el sindicalismo argentino que no pudo destruir la dictadura lo destruyó el mismo partido gobernante al cual pertenecía el sindicalismo en su mayoría; hay algunos sindicatos, aquí tenemos a Víctor de Genaro, ya conversará, hablará, les explicará sus puntos de vista con respecto a eso; pero vemos que muchos sindicalistas terminan avalando esta política de ajuste, capitalización y privatizaciones. Y entonces, es esta permanente frustración (...). Cuando uno viaja por el país, estamos reunidos con los campesinos, con las organizaciones de base; el problema pasa por ahí: no creemos en esa forma de hacer política, no creemos en los partidos políticos; y no creemos por una cosa muy clara y concreta: "nos han traicionado", sistemáticamente han claudicado en todos los principios que dijeron defender.

Y hoy vemos que en la mayoría de los partidos políticos, en ninguna de sus plataformas, tratan el problema de los derechos humanos, porque no quieren tocar a los militares.

Y así vemos que esta democracia, yo creo, y vuelvo a repetir, muchas veces lo que decía Eduardo Galeano: "más que democracia, esto es una democradura". O lo que decía hace muy poco tiempo el coronel Horacio Ballester, que lo dijo muy claramente, él dice que es por deformación profesional, tendríamos que denominar esta democracia como "democracia de baja intensidad". Pero hoy el presidente que tenemos le quiere dar consejos a Fidel Castro de lo que tiene que ser una democracia. (*Aplausos*).

Entonces, estos son los problemas son estas locuras... Hoy conversando antes de entrar aquí, en el aula magna; yo decía bueno (...) hace pocos días estaba escribiendo un cuento sobre realismo mágico, le digo, esto que estamos viviendo es realismo mágico, porque si lo comenzamos a analizar, esto es tan fantástico que serviría para un cuento de Borges, no mío.

Estamos viviendo en una situación realmente caótica, donde no se percibe todavía, los caminos a seguir frente a este deterioro sistemático; pero esto no hace sólo a la situación argentina ¡cuidado!, esto hace a todo el continente latinoamericano; y aquí, las crisis que están pasando hoy, que estamos viviendo aquí, concretamente, en Argentina, la podemos ver en todo el continente, desde México a

aquí. Es esta falta de resoluciones (...) yo me quedo asombrado cuando me encuentro con economistas chilenos y los economistas chilenos dicen "sí, antes estaban con otro proyecto, pero ahora no. Dentro de este neoliberalismo tenemos que acostumbrarnos y tratar de sacar algún provecho, es decir, sacar la ventaja de eso". Mientras no logremos una transformación, una profundización, desde la gente, todo proyecto económico debe partir de las necesidades de un pueblo y no del sometimiento del pueblo.

Hoy podemos leer en el diario el agravamiento de esa tremenda deuda externa que tenemos, que yo la llamo deuda eterna. Esta deuda eterna, que hoy estamos debiendo mucho más, a pesar de que se está privatizando todo. Estos van a seguir privatizando el perro y el gato hasta el canario (...), porque este es el mecanismo que están imponiendo permanentemente, y esto significa la entrega de la soberanía nacional, es la entrega del patrimonio nacional; y ésas son las dirigencias políticas que tenemos, es entregar todos los recursos en manos de las grandes corporaciones extranjeras, y a 500 años volvemos a un colonialismo y todos los principios que se habían sustentado de autonomía (...). Algunos recordarán que alguien dijo que "el año 2000 nos verá unidos o ..." todos lo sabemos, ¿no es así? Así es.

Esa palabra, que no la quieren decir, pero vamos a estar dominados. Y este proyecto, lamentablemente, de esta dirigencia política, que ha votado el pueblo y que dice representar al pueblo, es la entrega, no sólo del patriotismo nacional; es la entrega, por muchos años, de todos nuestros recursos, y lo que nos está dejando marginados en salud, en educación y, lamentablemente, este proyecto cierra con la represión.

Las palabras que señaló, el otro día, el presidente Menem (...), no fue casualidad cuando atacó a los maestros diciendo a los padres "¡Cuidado! no manden a sus hijos, porque puede haber muchas Madres de Plaza de Mayo más dando las rondas". Porque sabe que este proyecto lleva a eso, lleva a la represión; porque es un proyecto donde deja las dos terceras partes de la población marginada, sin recursos a la salud, sin beneficios, sin educación. Aquí sí vemos, en la Argentina, el alto índice de analfabetismo, enfermedades que ustedes conocen mucho mejor que yo, que estaban superadas y han recrudecido como tuberculosis, parasitosis, el aumento del mal de Chagas, y podríamos seguir señalando muchísimas otras cosas.

Entonces, creo que el campo social, cuando hablamos de lo político, nuestra tarea es hacer política y alternativas en este hacer político, aunque no entremos en un proceso partidario. Y yo creo que, alguna vez, vamos a tener que decidirnos a generar otras instancias si queremos salir de esto. Porque hoy los partidos políticos, o por lo menos los grandes partidos políticos, donde está permanentemente este cambio de figuritas, están absorbidos por el sistema, y las respuestas

que dan son las respuestas del sistema, y no dan ninguna posibilidad ni nuevas alternativas para nuestros pueblos, y esto pasa en toda América Latina. Argentina no es una excepción.

Y la otra cosa que quiero para terminar con esto que nos encontramos con muchas dificultades con los partidos políticos es en el lenguaje. Yo creo que tenemos que pensar mucho y tratar de encontrar la palabra liberada que nos pueda abrir las conciencias, porque hoy en nombre de las democracias se están cometiendo todas estas barbaridades.

Casi muchas veces encontramos el mismo lenguaje en los gobernantes que el lenguaje que utilizaban los dictadores; y entonces nos dicen que con el sacrificio de hoy vamos a tener el futuro; y no nos olvidemos que el futuro se construye con el coraje que tengamos de hacer el presente, no de otra manera. Nada más, gracias. (*Aplausos*).

Edgardo García: Quisiera comunicarle al público que el doctor Atilio Borón, que debía participar de esta mesa, se disculpa de no poder venir por estar padeciendo un cuadro gripal. Ahora pasamos el micrófono a Anabela Plataroti y Ricardo Muir, que son representantes del Movimiento de Vecinos Incomunicados de Almagro, uno de los que padecen los resultados de la privatización de ENTEL.

Anabela Plataroti: Buenas tardes, hablar después de lo que dijo Pérez Esquivel, me siento fatal hablando tan de lo micro que nos pasó y que nos toca todos los días en el barrio. Para los que son del interior, vivimos en el barrio de Almagro, que es un barrio de clase media en el centro de la ciudad, en el que empezaron, lentamente, en los últimos dos años y pico, a haber serios problemas con los teléfonos.

Bueno, primero pasó a ser una cosa individual, quejas. Todos transcurrimos los distintos caminos. El camino de la paciencia, de "señora espere, en quince días se arregla"; el camino de lo legal, carta documento, papeles, juntar sellos y todo. Hasta que nos dimos cuenta que realmente no le tienen miedo a lo legal porque tienen total impunidad de hacer lo que quieren con los servicios que supuestamente nos tienen que entregar.

Después también el camino de lo clandestino, porque en mi caso personal, por ejemplo, parecía que después de un año de gestiones que mi teléfono no se arreglaba, debía ser que tenían que atravesar toda la ciudad de Buenos Aires con un cable para que funcionara mi teléfono; ahora que si uno pagaba US\$ 50 tenía teléfono a los cinco minutos.

Después de tomar consciencia de todos esos caminos y ver... bueno... ahora qué me queda. Empiezo a hablar con la gente del barrio y me doy cuenta que ya

no era "ahora que me queda". Empezaba a estar toda la cuadra sin teléfonos, edificios enteros, etc. ¿Qué hacemos? Cada uno iba inventando en la zona formas nuevas y formas distintas y posibilidades distintas de expresar una sensación de maltrato.

Un grupo de vecinos con un consejero vecinal había juntado firmas en una esquina. Otro grupo de vecinos, cerca, estaba juntando plata para poner pasacalles con temas distintos; entonces pregunto cuáles son los textos que se van a utilizar en los pasacalles que van a poner. Planteaban que iban a poner dos pasacalles, uno que diga "Telefónica te amo" y otro más allá que decía "pero no te lo puedo decir, porque no tengo teléfono". Entonces dije, bueno, es el camino de la ironía, era lo que me faltaba. Esta bien, no lo descarto, pero vamos a intentar otra cosa, porque me parecía demasiado blando el mensaje para la sensación de maltrato que tenía.

Y hablando con la gente del barrio, hicimos un cartel doméstico que decía: "Señor vecino, ¿su teléfono no funciona? Somos muchos, juntemonos y decidamos que hacer". No había nada armado de qué hacer, y pensamos que no iba a venir demasiada gente. Entonces, dijimos, tenemos que llamar a los políticos, gran problema, a qué políticos, con quién contamos, quiénes nos van a defender. La empresa fue entregada por el gobierno sin ningún marco regulatorio. Los políticos que tienen mayoría, no lo quieren hacer, y los que tienen minoría, no lo pueden hacer. Ahí estamos con nuestra bofetita de teléfono solos.

En principio, convocamos una reunión en la esquina de Corrientes y aparecieron quinientas personas. Conclusión, hemos cortado varias veces la Avenida Corrientes. Los medios de difusión, que al principio no venían, porque nos preguntaban cuántos son, qué hacen, qué van a hacer. Cuando se corta la calle, parece que vienen, salimos en los medios. A partir de ahí, buscamos ayuda. Nos enteramos que estaba el Movimiento de Usuarios Telefónicos en el Congreso con un grupo de diputados. Y bueno, esto va creciendo, es una cosa incipiente.

Yo les quería nada más que contar esto. Hay grupos en la Capital, distintos, unos con mayor o menor cantidad de gente; pero la tarea se ha ido poniendo cada vez más titánica, en el sentido de que es probable de que algunos teléfonos se arreglen; de hecho algo así está pasando.

El tema es, quién nos defiende, qué reglamento nos rige, qué hacemos ante la sensación de indefensión, de recibir una boleta de trescientos dólares, a quién se recurre, que posibilidades de control tenemos los usuarios.

Lo importante de todo esto es conseguir (...), en eso digo es una tarea enorme, conseguir un marco regulatorio, algo que pueda controlar a un pulpo y que los ciudadanos no estemos indefensos ante una empresa que nos da servicios (...). Eso es lo que les quería contar. (*Aplausos*).

Ricardo Muir: Yo voy a completar un poco la historia como vecino y como grupo que empezamos a autogestionar esta oposición a un monopolio defendido, amparado por todas las leyes, y a ver cuál era el trayecto que se podía hacer. Yo creo que la experiencia que podemos empezar a tomar de todo esto es una experiencia, si se quiere, la más difícil, la de aprender que no tenemos derechos.

Esto es muy duro, porque nosotros pensamos, si bien el teléfono parecería el menos necesario de los servicios públicos, no lo pongamos en el caso particular de eso, sino, hagámoslo un poco más general, previendo que todos los servicios públicos van a estar igual en muy corto plazo. Digamos que vamos a ser cada vez menos los que podamos acceder a un servicio público, y que el objetivo del ajuste es que si no se van a hacer inversiones en los servicios, es porque se supone que cada vez menos gente lo va a pagar, y esos servicios van a ser exclusivos para los que paguen, y los demás que revienten.

Este es el esquema del ajuste, este esquema lo vamos a vivir y es el esquema práctico que nosotros estamos enfrentando, desde la lucha de los cuestionamientos a la empresa y de encontrarnos en esas empresas con esa impunidad que nombraba Anabela.

Yo creo que todo este tema de las privatizaciones..., las pocas cosas positivas que tienen es hacernos reflexionar que todo esto que nosotros suponíamos como dado, que era el derecho a acceder a un servicio público, que era la obligación de aquel Estado que nosotros teníamos, y que de golpe y por una serie de maniobras que desconocemos, ya no tenemos. Independientemente, incluso, más allá de la voluntad de muchos de los políticos que nos representan, por encima de ellos ese Estado ha desaparecido, y va a desaparecer cada vez más.

Entonces, lo que nos resultaba más difícil y sobre todo en un barrio de clase media y en un problema tan específicamente de clase media como el teléfono, es hacerle dar cuenta a la gente que carecía de derecho, la gente ve demasiadas películas norteamericanas y escucha esa frase "yo pago mis impuestos, tengo derecho" eso será en Estados Unidos y para algunas personas, no para todas. Porque hay algunos negros que pagan y la policía igual los apalea y se los lleva en cana y los juzga como culpables, ese discurso (...) la gente empezó a darse cuenta de que no tenía ningún derecho, que por pagar la factura no tenía ningún derecho y, ¿dónde estaba el derecho? ¿estaba en las leyes? no, las leyes no existían ¿cómo, nadie reguló el traspaso de la empresa? no, nadie lo reguló, nadie regula absolutamente nada.

Esta indefensión absoluta está patentizada cada vez que uno se presenta inoportunamente ante la justicia, y la sensación de indefensión es absoluta por incapacidad judicial, no de la otra, para poder hacer algo contra las empresas. Empezamos a destejer una maraña en la cual empezamos a ver que había que trabajar mucho sobre este tema; porque tiene que ver con las posibilidades de vida de to-

dos nosotros.

En base de este reclamo de derechos, dijimos, tenemos que hablar con los políticos. Ustedes saben que no todos los políticos escuchan esta clase de reclamos, y hemos tenido suerte que hay políticos que nos han escuchado, pero la experiencia es que los políticos que nos escuchan les queda un solo camino, que es el de ser abrepuertas del poder establecido; o sea por las relaciones que ellos tienen, por el establecimiento dentro del poder. Ese papel de abrepuertas a los reclamos populares es muy lamentable para el político, porque no es que pueda encabezar o ponerse al frente de un reclamo, sino que se limita a un trámite de llegar a la autoridad de turno, que está, obviamente, arreglada con la empresa que nos explota de turno.

Esta función en la que han quedado los políticos que están cerca de la gente, encerrados en el sandwich que significa, por un lado los reclamos populares, cualquiera que sea, los reclamos seguro y absolutamente justos, populares; y por el otro lado, la falta de vergüenza del poder establecido, del poder que se llama las empresas, el gobierno y los medios de comunicación que los sostienen. En ese sandwich han quedado, metidos en el medio, los políticos que quieren escuchar a la gente. Entonces, pensamos que las nuevas formas de hacer política tienen que ver, precisamente, con reflexionar la ausencia real de derechos.

Y los políticos que nos escuchan, oh casualidad, son los que tienen minorías en la representación en el Congreso. Y el mismo Chacho nos lo ha planteado, dijo: "Nosotros tenemos imposibilidad de legislar", y esto lo sabemos todos, o sea, los diputados en minoría no tienen posibilidad de presentar un proyecto de ley que sea aprobado y que sirva para algo; porque ese proyecto no existe.

Entonces, si por un lado tenemos la indefensión total de la justicia, tenemos la imposibilidad de obtener derechos a través de leyes que no pueden ser hechas; por que no se puede legislar más allá de la voluntad de la "mayoría" que nos representa. Entonces, ¿cuáles son los caminos de esta oposición? Obviamente, sabemos que la movilización es un camino; pero esa movilización, no podemos estar esperando que los políticos la encabecen.

Esto tiene que ver, esta pequeña esperanza de movernos que tenemos los vecinos de este barrio, con empezar un trayecto. Estamos hablando con nuevas formas de hacer política. Creo que la reflexión en este caso es que, si todos nos podemos convertir en militantes de esta forma de hacer política, es que no nos tenemos que preguntar más "qué hacer", que era la vieja pregunta de todos los militantes, sino preguntarnos "qué esperar". Los políticos tienen que mirar a los movimientos sociales y darse cuenta que de ahí vienen los reclamos, pero no tirar las recetas de cuál es la lucha que hay que hacer, sino la posición, y creo que aquí viene el tema de esta reunión de cuál es la articulación entre lo político y lo social.

La posición del sujeto político es otra completamente distinta de esta de "qué esperar", de no proponerse representar a las víctimas de este ajuste que empezó por aviones, teléfonos, jubilados y maestros y todo lo demás, y no va a terminar nunca. No tienen que pensar que van a conseguir los votos de esas víctimas, no tienen que pensar que las van a representar, las víctimas no somos representables. Lo que nosotros necesitamos es que, en este trayecto, los políticos se pongan de nuestro lado, no nos representen, escuchen, no nos den las pistas de cómo hacer una militancia, sino que escuchen y se pongan de nuestro lado. Nosotros tenemos la certeza de que este trayecto, ya les digo, modesto, realmente nada más que una esperanza ¿puede tener sentido? Sino, nos planteamos objetivamente "hagamos tal cosa", sino que lo empecemos todos individualmente en lo más chiquito que sea, porque nos vamos a dar cuenta que sirvió, no porque lo que hallamos proyectado como gran proyecto sino cuando haya pasado lo que hicimos en ese "haber sido", de cada cosa que hicimos, nos vamos a dar cuenta si esto rinde sus frutos, por lo menos tenemos esa dirección, gracias. (*Aplausos*).

Edgardo García: Tememos la presencia de la Sra. Zulmira Galvão Alvarenga, integrante del Movimiento Integral de Salud de la Ciudad de São Paulo, y en calidad de representante de este movimiento integra el Consejo Municipal de Salud de esta ciudad.

Zulmira Galvão Alvarenga: Buenas tardes para todos. Voy a hablar pausadamente, pero en portugués, espero que todos entiendan. Para que ustedes entiendan el trabajo que nosotros tenemos en la ciudad de São Paulo; voy a contar, a ustedes, una pequeña historia de veinte años atrás, dos décadas.

Comenzamos en un barrio en la ciudad de São Paulo, donde vivo en la zona este. Un movimiento de mujeres, de amas de casa, de madres, un movimiento de salud. Necesitábamos en aquella época un local, un puesto de salud, para que nuestros hijos no muriesen de una epidemia que en aquella época asolaba a esos barrios: epidemia de sarampión. Entonces salimos, una en procura de la otra; preguntando, ¿qué hacemos, qué iremos a hacer?

En aquella época, la necesidad era esa; entonces nos reunimos y comenzamos a luchar haciendo presión a las autoridades para que construyesen un centro de salud en nuestro barrio. Pasado algún tiempo, vimos que no era un centro de salud, que se necesitaban más médicos que funcionarios que trabajen allí. Para que ustedes tengan una idea, el barrio del que les estoy hablando está a una distancia de treinta kilómetros del centro de la ciudad. Y, en aquel tiempo, los gobiernos habían construido todos los equipamientos de salud en los centros de las ciudades y las periferias no tenían ningún servicio y tenían una gran necesidad. Los impuestos que pagábamos, sí era bien devueltos en las unidades como fun-

cionarios, equipamientos, leche para los chicos. Si esos simposios votaban ante nosotros la gente discutía que era un derecho nuestro, que debía el gobierno cumplir esos derechos y veíamos cada vez más que había que presionar a las autoridades.

(...) Otros barrios, viendo que había esa movilización de un barrio, también fueron aprendiendo con la gente porque una medicina para otro (...) la gente consigue. Y la gente vio también que nuestra fuerza era unida, que la gente no podía ir de los barrios desolados a la Secretaría, que nos debíamos unir, y cuando fuéramos, iríamos juntos. Ese fue un descubrimiento muy importante porque las autoridades, ellos entendieron que si la gente se unía, la gente estaba fuerte. Más aprendimos la lección y no fue fácil, por encima de algunas embestidas que hicimos a la Secretaría y no conseguimos victoria. Más aprendimos la lección y la gente volvía, se reunía, hacía panfletos, distribuía en los barrios, hacía reuniones, y eso nos daba fuerza. Y ahí nos dimos coraje de ir ante las autoridades. En esa época era una época muy dura en Brasil, estábamos viviendo una dictadura y el solo hecho de hacer reuniones ya era una amenaza a las autoridades, el pueblo no podía reunirse.

Bueno, no nos quedamos sentados, formamos una pequeña organización con otros barrios y volviendo un poquito se están colocando (...) no nos podíamos reunir dentro de las unidades, se estaba haciendo un trabajo en conjunto con los funcionarios. Corríamos en medio de los funcionarios y los funcionarios corrían en medio de la población. Y un médico, los médicos de aquella época, eran contratados para trabajar seis horas, más ellos hicieron un acuerdo de caballeros con las autoridades y se quedaban sólo dos horas en la unidad y la gente no estaba muy bien, bregábamos mucho con los médicos, y eso fue dando fuerza para que nosotros fuésemos pensando en alguna salida, como discutir dentro de la unidad ese comportamiento de los médicos y hacer una buena fiscalización.

En aquella época se juntaron con nosotros algunos estudiantes de medicina, asistentes sociales, enfermeras, que también querían hacer el trabajo en un barrio, en los barrios; y también eso fue muy importante para nuestra organización porque ellos tienen conocimientos y eso facilitó mucho cuando la gente iba a las autoridades, la gente tenía informaciones, cómo la gente podría dialogar mejor con las autoridades, cómo los podríamos presionar argumentando.

Fue una época muy importante para la unificación de los técnicos, que trajeron sus conocimientos, y un movimiento popular.

Ellos nos trajeron la información, que dentro de la misma Secretaría existía un proyecto de ley de la formación de un Consejo Popular. Más nunca habíamos oído hablar de una idea muy interesante. Y así fuimos a hacer la elección del Consejo en un barrio. Fue el primer Consejo, que nosotros elegimos en la ciudad de São Paulo en 1978. Que hacíamos un trabajo en todo los barrios, que hacía-

mos una elección popular. Conseguimos doce madres que se responsabilizaron en ser las consejeras e hicimos una elección en aquella época, conseguimos ocho mil votos en un barrio y eso nos dio una fuerza muy grande.

Bueno, pasados dos años, que fueron los dos años de la elección del consejo, hicimos en el barrio una organización de la Comisión de Salud que eran varias personas que trabajaban en la cuestión de la salud, no sólo en el problema de un Centro de Salud, más aquí están agua potable, saneamiento básico, y otras cuestiones de salud en un barrio, vivienda; y teníamos un Consejo en un barrio electo, en el que hacíamos una reunión una vez por mes. Pasados dos años, ya no éramos más un Consejo ni una Comisión, ya éramos ese enorme Consejo y esa enorme comisión y ese enorme barrio. Pasados dos años, ya éramos 36 Consejos, 36 barrios y muchas mujeres y algunos hombres. (*Aplausos*). Es necesario que se diga, es necesario que se diga, pero bien, poquísimos.

Ibamos creciendo, creciendo con nuestra lucha, con nuestra fuerza y creciendo en cantidad y en calidad. Calidad porque precisábamos conocer las políticas de salud, precisábamos conocer las políticas generales, porque eso estaba sucediendo en nuestra ciudad, en nuestro Estado, en nuestro país, porque aquí no teníamos salud.

Y la lucha era una lucha de confrontación, siempre confrontando con las autoridades. Ibamos a la Secretaría, muchas veces teníamos victoria y algunas veces no, al contrario, pocas teníamos victoria y muchas veces teníamos derrota. Pero volvíamos siempre, haciendo una variación; por qué, porque trabajábamos poco, precisábamos trabajar más; vamos a hacer más reuniones, vamos a hacer más panfletos, vamos a juntar más gente. Todos somos pocos todavía, y eso le quitaba fuerza.

Cuando volvíamos a la Secretaría, si la última vez eran tres la próxima vez serían seis mil, y así por delante, siempre más personas. Teníamos muchos Consejos electos. Cada elección de Consejo, la gente aumentaba también, la cantidad de personas que la gente conseguía reunir con la elección de Consejos. Y eso trajo así un reconocimiento muy grande de las personas de la región, de las personas de la ciudad, y la empresa, algunas veces, cuando más bregábamos mucho en las ciudades; acampábamos en los hospitales, hacíamos mucho barullo, la empresa daba una cobertura y fuimos conocidos como un movimiento muy peleador.

Bueno, esa historia, con esa historia empezaba una nueva época y todos nos hicimos cargo de las comisiones de salud y teníamos los Consejos, los Consejos de los barrios que no eran electos del pueblo, que se veían una vez por mes dentro de la unidad y que la gente apenas fiscalizaba, o no fiscalizaba la atención de sus funcionarios, fiscalizábamos si el gobierno realmente no daba los remedios, (...) la unidad que tenía. Luchábamos por una atención de buena calidad; y para eso era preciso que se investigue la salud.

Conseguimos también que muchos profesionales de la salud se aliasen, no como frente de un movimiento, sí como retaguardia, nos ayudaban en las discusiones, y eso los hace muy importantes para el movimiento de salud.

Nosotros somos, tenemos una organización dentro del movimiento, elegimos una coordinación, como éramos varios barrios ya, entonces elegimos una coordinación; y elegimos también, una Comisión Ejecutiva del Movimiento, necesitábamos ya tener una estructura para así cuidar, para que las cosas no fueran un divague, porque las políticas de salud, yo las veo, muy rápidamente, casi todas cambian; hoy utilizan un programa, mañana usan otro, hoy se llama política de salud, mañana otra; hoy se toma una decisión, mañana otra; y la gente sabe acompañar a ese vaivén de las administraciones. Entonces vemos que tenemos que elegir esa coordinación de varios barrios y una Comisión Ejecutiva.

Bueno, éramos muchos, éramos muchas personas, muchos barrios, un trabajo intenso, los maridos reclamando cosas, también los hijos: "por qué no estás más en casa, un día todo el día, todas las mañanas levantándose y saliendo para la calle... Estamos en la calle todo el día. Más eso también, la gente tiene también, las discusiones que hacíamos las hallábamos importantes, y si pudiésemos también ver algunas transformaciones, algunos cambios en las leyes ¡oh, las leyes! Las leyes necesitábamos que favorecieran a los movimientos populares, pero también que fuesen cumplidas y que ni siempre tenemos leyes ni siempre son cumplidas.

Y están también (...) teníamos la presencia en la Cámara Municipal presionando a los senadores, siempre bregando con los senadores y los diputados. Siempre bregando con los senadores, con los diputados; vamos a sembrarles una (...) en la Cámara Municipal y ya fuimos a (...) federal de São Paulo, es muy lejos, dos días de ómnibus, ya fuimos dos veces. Más en 1989, se eligió en la ciudad de São Paulo un gobierno democrático popular, y dentro de ese gobierno democrático popular había una propuesta de administración y gestión, ahí estábamos todas alegres; ahora, no vamos a fiscalizar, vamos a decidir. La gente hallaba que tenía que participar de la decisión, aun de prestar dinero; porque usted puede fiscalizar, puede bregar, pero si usted no decide ahora de dividir la plata, es muy difícil confiar en usted.

Bueno, ahí, a propósito de Gobierno Democrático Popular, comisiones gestoras en todas las unidades de salud, en los hospitales, en las unidades de los barrios, en las regionales; y formar también un Consejo Municipal y un Consejo para fiscalizar la plata. Y como teníamos práctica de conocer, ya que habíamos aprendido muchas cosas, fuimos, escogimos, elegimos algunas personas para estar dentro, participando, de la gestión de la ciudad de São Paulo en el área de salud. Y hoy, en la ciudad de São Paulo, nosotros tenemos un movimiento popular, noventa comisiones gestoras y noventa unidades de municipio. Porque en São Paulo existen las unidades municipales y existen las unidades de Estado. Más

apenas las unidades de municipio es que conseguimos las comisiones gestoras. Tenemos también comisiones gestoras en los hospitales y un consejo municipal.

Y ahora voy a hablar un poco del Consejo Municipal. Un Consejo Municipal es formado por treinta y dos personas de toda la sociedad de la ciudad de São Paulo. Un movimiento popular está dividido en tres partes; una parte la mitad son usuarios que representan un usuario que es nuestro sistema; otra parte dividida en dos, mitad para los prestadores de servicios y mitad para administración. Y así formamos treinta y dos personas.

Yo reconozco en ese Consejo a toda la sociedad de São Paulo organizada, movimientos sociales, movimientos de sindicalistas, de los trabajadores generales y los trabajadores de salud, asociaciones de dueños crónicos. Así es que es la organización mayor de los grandes empresarios de la ciudad de São Paulo, un sindicato de médicos, asociación de médicos, asociación odontológica, las facultades, cámara municipal y representantes de la administración. Y todo lo que está ahí son las distintas fuerzas que representan y que forman la sociedad de una ciudad. Estamos así conviviendo muy bien, no hemos tenido grandes dificultades, pero sabemos que los intereses son diferentes, entonces estamos atentos; algunas veces nos sumamos, otras veces tenemos que cambiar algunas cosas y nos dividimos.

Aquí está el Consejo Municipal, discute el orden de la ciudad de São Paulo, la mayor ciudad de Brasil. Cómo se divide el área de salud, si coincide en el área de salud, o el estamento de salud en la ciudad de São Paulo. Adónde vamos, cuáles son las más grandes necesidades, las prioridades; el Consejo también presiona, porque necesitamos estar presionando a las autoridades federales y a las autoridades estatales también, también a ellas se les hace presión. Y la gente discute los Programas de Salud, si realmente esos programas están de acuerdo con las necesidades del pueblo o son programas que van a quedar guardados sin consecuencia. Es una discusión muy interesante, necesitamos calma. Pero estamos un poco deseosos porque ahora en octubre va a haber una nueva elección en la ciudad de São Paulo para prefecto. Tenemos la esperanza que venga un gobierno democrático popular, pero si no acontece, tenemos la fuerza de nuestros movimientos, tenemos un movimiento organizado que ya ha enfrentado situaciones peores que ésa y vamos a saber qué hacer y no dejar que acabe esta organización, que la gente siempre esté presente, no solamente en la administración; estamos presentes en la administración, pero nuestra mayor fuerza es afuera, en nuestros movimientos, presionando a esa organización y organizando afuera, en nuestros movimientos, nuestras entidades, en las que tenemos el mayor tiempo de nuestra vida dedicada a nuestras organizaciones. Pero tenemos que tener un pie dentro de la administración para fiscalizar y decidir; y es cuando la gente tiene garantía en el futuro en el medio estatal y en el medio federal, y nuestra lucha debe continuar,

porque nuestra necesidad es muy grande, y nuestra necesidad con mejores condiciones de vida es la misma bandera que la gente enarbola una lucha política. Y entonces tenemos que tener mucha fuerza, y esa fuerza, la gente la adquiere dentro de los movimientos, conversando todos los días con nuestras personas urbanas, personas que ya están organizadas. Vamos a organizar instituciones; ahora tenemos que continuar con la fuerza del movimiento, haciendo nuestras luchas, y vamos al frente. Esto quería contarles a ustedes. (*Aplausos*).

Edgardo García: Gracias Zulmira. Y ahora vamos a pasar, a dar la palabra a Víctor de Genaro, secretario general de ATE.

Víctor De Genaro: Bueno, yo trataré de, después de haber escuchado aportes muy ricos y claros, tanto teóricos como prácticos de todos los compañeros que hablaron (...), trataré, sintéticamente, de incorporar al debate (...); porque creo que en realidad esto no termina con nuestra exposición, sino que es un debate, del cual todos tenemos que ser protagonistas; de incorporar dos o tres reflexiones.

Pensando, sobre todo, que después de una semana, bastante intensa, que todos seguramente ustedes han vivido, de conocimiento y de profundización, en uno de los aspectos donde más dramáticamente se vive la creciente marginalidad e injusticia que produce este modelo, y que esto carga tanto de conocimiento, de información, de informes, de seguridades; pero también de ansiedades, odios, y también a veces de impotencia.

Se exige hoy más que nunca, de parte de todos nosotros, que al analizar estas experiencias profundicemos a encontrar los caminos del quehacer. Porque ninguno de los que estamos acá duda de la injusticia de este modelo. Y ninguno de los que estamos acá, duda seguramente de la necesidad de construir otra alternativa. Pero lo que empieza a ser necesario polemizar, profundizar, y sin mezquindades ni sectarismos, ni verdades reveladas, es la necesidad del "cómo se hace". Y el "cómo se hace" sí reconoce algunas seguridades, que tenemos que empezar a tener. Porque la crisis no es, solamente, de los militantes partidarios. La crisis de respuesta también es de los militantes sindicales, de los militantes sociales, de los militantes de todos los sectores, que tenemos las ganas, el objetivo, y también la responsabilidad de construir una alternativa.

Esta crisis es muy profunda, es cierto. Yo mismo, como secretario general de un gremio, que tiene una organización muy grande, que crece día a día como una actitud contestataria contra este modelo, no puedo a veces menos que sentir, también, la impotencia de lo que significa una herramienta que, a veces, no es capaz de lograr, ya no alcanzar un buen salario, ni siquiera defender un puesto de trabajo; y ver cómo el retiro voluntario, que es en realidad un despido encubier-

to, de este modelo, termina, a veces, imposibilitando, haciendo que los compañeros terminen aceptando sobrevivir ante la falta de poder concreto y real para parar esta bola, que se avanza sobre nosotros, que es la aplicación, sistemática, de un modelo neoliberal.

Y lo primero que uno tiene que plantearse es que estas herramientas que hemos ido construyendo, que son parte, no nuestras, sino que son del conjunto, del trabajo, de la actividad de todo el pueblo; realmente, no sólo no están cuestionadas, están supercuestionadas, si queremos incorporarlas a ese modelo. Y también empiezan a estar cuestionadas, si no somos capaces de cambiarlas, de transformarlas en una herramienta útil para la construcción de una alternativa. Y lo primero que uno tiene que definir es si realmente cree que existe o no existe la posibilidad de construir esa alternativa.

Nadie puede ir a convencer a otro que es posible ir a construir una alternativa, si no está convencido uno mismo que vamos a ser capaces de reconstituir nuestro propio poder para cambiar esta situación. Por eso la primera actitud fundamental que tenemos que tener, y adoptar, es la resistencia a este modelo, no tener más vergüenza de resistir este modelo. Este modelo no es el único, no es el racional; no es racional que en la Argentina, para poner un solo ejemplo, no es racional que en nuestro país que fue granero del mundo, tengamos que soportar que haya más de 13 millones de compatriotas que padezcan hambre, o vivan bajo la línea de pobreza; no es racional, que en un país que está todo por hacerse, existan 4.800.000 compañeros, la tercera parte de la población, económicamente activa, que está desocupada o subempleada; un país que está todo por hacerse, esto no es racional, eso no tiene una sola racionalidad. La racionalidad de seguir transfiriendo la riqueza del pueblo, la que generamos los trabajadores y el pueblo, a pocas manos, cada vez menos, que tienen nombre y apellido: los Techint, los Bunge y Born, los Pérez Companc, los grandes acreedores internacionales. Esa es la racionalidad que tienen, no la racionalidad de ser un modelo de país viable para nuestro pueblo.

Es tan irracional que, a veces, hasta dudamos de defender otra racionalidad. Cuántas veces nos hemos comido que el verdadero drama de nuestros países, y nos lo dicen los economistas, es la falta de capital. Cuántas veces nos dicen hay que traer capitales, hay que hacer buena letra, hay que hacer los ajustes, hay que marginalizar, porque en realidad lo que estamos haciendo es que vengan nuevos capitales.

En la última década se pagaron sólo en concepto de deuda externa en Latinoamérica, y denunciado no por nosotros, por los propios presidentes latinoamericanos, más de 350 mil millones de dólares. Mucho más de 10 veces lo que significó el plan Marshall para Europa. Entonces, es falso que no haya capital para desarrollar otra racionalidad, lo que falta es una voluntad política capaz de cor-

tarle la mano a los que se llevan los capitales, que sí están explotando la potencialidad que nosotros tenemos, que lo hemos visto; la privatización de Entel, la privatización de Aerolíneas, la entrega de petróleo que se va hacer ahora, la entrega de la riqueza ictícola de nuestro país, plata que podría ser puesta en movimiento a poco de que hubiera poder, poder para cambiar esta situación. Y este poder quizás es el que hoy esta cuestionado y nos está cuestionando a cada uno de nosotros, si somos capaces de creer, de volver a pensar que tenemos derecho a recuperar nuestro poder, a que la democracia no es solamente la elección partidaria sino la democratización económica, política, social; que permita que el pueblo sea el auténtico poder de nuestro país, es volver a pensar que es posible, era lo que nos pegaron seriamente en la época de la dictadura militar, era lo fundamental de esa doctrina de la seguridad nacional. Si nosotros creemos que es posible recuperar este poder, al que tenemos derecho; y esto quizás nos haga repensar las estrategias.

Recién Chacho defendía, realmente, lo que han hecho los compañeros jubilados, yo, muchas veces me puse a pensar: cómo es posible que a nosotros menores de 45 años, nos estén hablando que ni siquiera nos van a reconocer los aportes, ya no es que nos lo mandan a decir, nos lo dicen por televisión, que no nos van a reconocer los aportes a los que estamos aportando, que ni siquiera tengamos la conducta de acompañar a los jubilados a la calle a pelear por un sistema...

Saben que es posible tener otra actitud diferente, otro proyecto, otro modelo, otro poder; que no se construye solamente con alternativas de resistencia, que la resistencia es la base para poder aspirar a otro poder. Pero que además de resistir hay que construir una alternativa de poder político diferente; y yo quiero rescatar esta palabra política, palabra devaluada o que nos quieren vender nada más que como una simple elección de cargos electorales. Pero, política en realidad es construcción de poder, capacidad de poder, es hacer poder, y no es que esté en contra de lo electoral, porque creo que por algo los pueblos han peleado por la democracia, y si bien es cierto que la mayoría de los partidos populares han traicionado el mandato popular, tergiversando esa capacidad de poder que había en las organizaciones sociales, también es cierto que nos podemos sentir orgullosos de muchos compañeros que han sabido estar a la altura de los acontecimientos cuando les tocó ocupar cargos de concejales, de intendentes o de diputados.

Nosotros mismos, como organización, tenemos el orgullo de contar con un compañero que tuvo la responsabilidad de estar en el parlamento y cuando tuvo que elegir entre el interés de los trabajadores y del pueblo o el partidario, la lealtad, la falsa lealtad partidaria eligió ponerse al lado del pueblo y fue baluarte contra la lucha contra las privatizaciones, y a pesar de todo el compañero German Abdala significó una clara actitud en el Parlamento Nacional.

Entonces, no desconociendo a todos estos compañeros que más que nada hay

que ayudarlos a incorporarlos al poder concreto cotidiano, a la realidad de construcción de poder, a esa construcción política, qué otra cosa hacemos, las organizaciones sociales, hacemos política, construimos o reconstruimos nuestra capacidad de poder y lo que quizás empieza a mostrarnos lo que pasa en la actividad social, si hay que quizás trascenderlo en una estrategia política partidaria diferente, porque en la actividad social, en la actividad de la resistencia a este modelo, no hay diferencia entre peronistas, radicales, socialistas o independientes, empiezan a haber intereses concretos, consecuencia de los males de este modelo y empezamos a vertebrarlo, a incorporarnos, a construir, a entrelazarnos distintos sectores que supuestamente divididos por lo partidario terminamos expresando un poder diferente, porque estamos enfrentándonos contra el modelo, que claramente es el que impone las reglas del juego. Esta construcción que no es el "sálvese quien pueda", ni la salida sectorial empieza a ser quizás lo que nos tiene que hacer reflexionar, el modelo quiere que nos peleemos unos contra otros, quiere que nos peleemos los que trabajamos contra los desocupados, los padres contra los docentes, las enfermeras o los médicos contra los pacientes, los sectores hasta de la misma rama de actividad, en el propio campo sindical tiene uno que estar pensando: a ver si la fábrica de al lado que está compitiendo con uno se quiebra, aunque quiebren los compañeros.

El poder intenta que nosotros aceptemos unos contra otros el sálvese quien pueda; es el meollo del modelo neoliberal, dicen que el hombre es el lobo del hombre, y lo dicen sin ningún escrúpulo, y se lo dicen a la gente, se lo dicen al pueblo como que no hay otra alternativa, y ojo, que esto, quizás, sí me parece que es lo fundamental para reflexionar; yo lo voy a tomar como ejemplo desde el campo sindical, ustedes, muchos se habrán sorprendido de ver una profusa propaganda hace muy poco tiempo, por todos los medios de televisión, por los diarios, donde se hacía una propaganda electoral de un sindicato y donde aparecía un dirigente con varios más y decía "por el sindicalismo que viene" y parecía una reunión de directorio, la verdad... pero esa foto, esa foto hace dos décadas atrás, no la hubiera sacado ese dirigente para hacerse propaganda, la hubiera sacado la oposición, la hubiera propagandizado la oposición para mostrarla, ¡guarda! que van a elegir a un tipo que creen que es un ejecutivo, está defendiendo un modelo de sindicato que es un aparato que da servicios, que está subordinado al poder político, al poder económico, al poder de los sectores de la propiedad. Y hoy, ya sin escrúpulos no sólo, que lo saca la oposición, sino que además se vende como lo único, quiere decir que tienen o creen que han ganado la conciencia de muchos de los trabajadores de aceptar que la única alternativa es ésta, que la única capacidad que ellos han demostrado, y no sólo en el sindicalismo, en la política, en los medios de comunicación, en las organizaciones sociales, es aceptar y nos están disputando en el poder único que nosotros podemos abreviar, es el de

la gente, el de los trabajadores en el caso nuestro. No es un modelo que está alejado del proyecto neoliberal, en el sindicalismo lo hemos visto; hoy ya una central sindical, ya no sólo dice que ya no hace política sino que además, dice, que como existe un gobierno, está de acuerdo con este modelo y tiene que ser la garantía para llevarlo adelante. Es capaz de dejar bajar reivindicaciones para defender el modelo.

Por eso muchos de nosotros quizás tengamos hasta la necesidad no sólo de estar ahí, que eso se consigue con conducta y con ética, pero sino también tratar de construir algo diferente, que no es la central de los buenos, si no es recuperar la capacidad de poder de la clase trabajadora para empezar a defender desde otro nivel, y ahí empezamos a emprender muchas cosas, empezamos a darnos cuenta que existe otro mecanismo también para la gente, no sólo el que ellos creen: si existen fuentes de trabajo defendidas en algunos lugares de nuestro país es gracias no sólo a la fuerza del sindicato, de los trabajadores adentro de la empresa sino de una fuerza social diferente. Yo les voy a poner un solo ejemplo: Río Turbio, una mina que está allá al final de nuestro país, que si todavía está abierta, a pesar de los dos gobiernos que la quisieron cerrar, no es producto solamente de que tengamos un sindicato como el nuestro que es capaz de paralizar la mina o organizar a los trabajadores, sino porque se movilizó toda la ciudad de Río Turbio, toda la comunidad de Santa Cruz, porque todo el pueblo salió a defender una fuente de trabajo como se está mostrando hoy en Bragado, en Isisa o en Villa Constitución, o en las pobladas, o se manifestó en esa gran marcha a la Plaza de Mayo cuando se superó claramente esa necesidad que tenía CTERA de abrir el espacio a la comunidad y los padres y los alumnos también participaron en una defensa trascendente de la educación.

Hoy hemos aprendido que, si bien la solidaridad sectorial se quiebra, empieza a haber una solidaridad nueva, mucho más importante, que es la solidaridad social, que la solidaridad política que construye un cambio de relación de fuerzas diferentes. En este sentido es donde hay que profundizar, discutir y claramente construir nuestra capacidad de poder. Y digo de poder porque no hay que tener empacho, esto es lo que está en juego. Si no somos capaces de contraponer otro poder popular, no vamos a poder resolver los problemas graves de esta creciente marginalidad que nos lleva adelante este modelo. El plan Brady que se acaba de firmar es una nueva vuelta de tuerca hacia los sectores populares, ya no es privatizar Aerolíneas, ya no es privatizar ENTEL, ya no es privatizar lo que supuestamente estaba lejos de la gente, hoy es privatizar la salud, privatizar la educación, privatizar la previsión; quebrar los últimos elementos de solidaridad social que tenía nuestro pueblo, y ante esto se lo enfrenta resistiendo y siendo capaz de construir un poder alternativo.

Yo creo compañeros que sin ninguna duda hay que empezar a dejar de lado

el echarle la culpa al que esta al lado, el delegar nuestra capacidad de poder en el otro, si no el de empezar a ser consciente de nuestro propio poder, de nuestra propia responsabilidad y como dirigentes de todos los niveles, niveles nacionales, sectoriales sociales, políticos de organismos, tenemos que empezar a dejar de lado las mezquindades, dejar de lado los sectarismos y superar las limitaciones que tenemos y unificarnos en la verdadera acción cotidiana de resistir y construir el poder, que es lo único que espera y ansía nuestro pueblo. Gracias. (*Aplausos*).

Edgardo García: Muchas gracias, Víctor y, ahora el señor don Miguel Zárate, que es el representante del plenario permanente de organizaciones de jubilados.

Miguel José Zárate: Bueno, en primer lugar, quiero agradecer, en nombre de las treinta organizaciones que por ahora componemos el plenario permanente de jubilados, el haber sido invitado a integrar este panel en el día final de las deliberaciones de este importante congreso de la salud, del medio de medicina que se hace aquí en esta facultad.

En primer lugar, porque como se ha dicho aquí, y muy demostrativamente, no hay ninguna actividad parcial o que tengamos por parcial que no tiene nada que ver con lo que nos interesa, a quienes estamos en otra actividad. Claro, la salud, en primer lugar, determina que no es una actividad parcial, el problema de la salud es la defensa de una totalidad, pero es muy importante sobre todo que en este Congreso seguramente han de salir, proposiciones, soluciones, indicaciones sobre cómo damos de la mejor forma una de las batallas principales que tenemos que dar en defensa de la salud, para golpear en uno de los tres pilares en que se basa la penetración neoliberal que, como bien lo decía De Genaro es la expresión del modelo más egoísta, más rapaz, que se trata de imponer, definitivamente, en nuestro país.

Si nosotros no queremos de ninguna manera caer en una actitud vanidosa en decir que somos los jubilados los que más sufrimos los golpes de este modelo, porque los trabajadores tienen que mantener su familia, que tienen que casarse los otros, hoy, van formando un nuevo grupo social dentro de la clase obrera, los desocupados porque éste es uno de los resultados funestos de este plan.

Digo que, seguramente, la resolución en este Congreso que han de puntualizar la necesidad de trabajar por una política nacional de salud, que tomando en cuenta toda la superestructura que hay en los medios, en el campo de la salud, inclusive en las obras sociales en las cuales nosotros tenemos importante obra, es decir instituto, podamos confluir bajo un plan único, global, para defender realmente la salud, no solamente para curar, sino para prevenir que se termine, que el avance cada día más descarado que se hace en este campo, donde el cuidado

de la salud ha dejado de ser un deber fundamental del Estado, para transformarse en grandes negociados, con vistas a privatizar totalmente todas las posibilidades de asistencia en la salud.

Los jubilados, sentimos mucho esto, no más que todos pero lo sufrimos en una situación bastante más aguda porque, claro, cuando estamos en una actividad, sufrimos esta y otras cosas muy graves, sufrimos bajos salarios, despidos, persecuciones, también tuvimos la experiencia de gobiernos autoritarios o represivos de distinto pelaje, pero éramos jóvenes; a pesar de todo teníamos esperanza, teníamos capacidad de soñar, con el cambio de esta situación, con dejarle a nuestros hijos un país mejor.

Ahora, compañeros, a los setenta años de haber sufrido todo esto, cuando vemos, con amargura, cómo el sistema saca a quienes dimos todo por el país, a quienes trabajamos para engordar fortunas privadas y también para consolidar un país firme en el camino hacia la liberación nacional, y que vimos permanentemente, como ahora, que se vacía y se trata de rematar al mejor postor.

Por eso, es para nosotros una gran alegría y honor para los jubilados haber participado en el cierre de este Congreso y esperamos, pues, las resoluciones que, sin duda, han de ser positivas para avanzar en esta lucha en defensa de la salud. Aquí nosotros queremos corregir algunas cosas, que es necesario corregir, bueno, que se hayan cometido, se siguen cometiendo por desconocimiento, por ignorancia del hecho, pero sobre todo premeditadamente, porque no es por casualidad que a esta parte del movimiento obrero, de la clase obrera nos quieren sacrificar, nos quieren poner en la picota, nos quieren ahorcar, nos tienen que ver cómo caen los compañeros de los pisos para suicidarse, cómo se pegan un tiro, no es por casualidad. Queremos corregir ese error, decir los jubilados es la clase pasiva, los viejitos, en una forma muy peyorativa. Pero con todo el propósito de decir que somos elementos inútiles en la sociedad por eso, ni hay que darnos de comer, ni hay que darnos salud y hay que acortar lo antes posible el período que nos falta para morir.

Nosotros queremos corregir esta tremenda mentira, somos fundamentalmente trabajadores, integrantes de esta clase obrera, que ha sido en el pasado y será nuevamente el motor que impulse la historia para adelante, quien se oponga y se resista a este plan será antipatria.

Todo este dolor que nosotros podemos seguir teniendo hasta la hora de la muerte lo vamos a superar sabiendo que justamente en esta etapa de la vida vamos a transitarlo con dignidad, con la dignidad de los trabajadores y que sacaremos fuerzas de flaqueza, de donde sea, ustedes nos han visto, nosotros nos vemos a diario, compañeros de noventa años que se incorporaron al centro para luchar, ustedes lo han visto en la calle y en la plaza, y no es únicamente por necesidad que lo es, porque tenemos que comer, sino porque estamos convencidos

que antes de morir junto con los trabajadores y el pueblo vamos a cambiar el curso de la historia.

Por eso nosotros traemos, modestamente, el ejemplo de haber pasado a trabajar juntos cuando estábamos aislados, todos estos en un frente, en un plenario permanente de treinta organizaciones de jubilados que andábamos antes por distintos caminos y a veces enfrentándonos a pesar de que tenemos un único y exclusivo objetivo, que es defender lo que estamos diciendo, el pan y la actividad de nuestro pueblo y el futuro de nuestro pueblo, sin embargo andábamos cada uno por ahí haciendo, incluso, tirándonos entre nosotros, algunos, y otros sirviendo al gobierno, como hay alguno, y nosotros en un momento dijimos, no nos engañemos, organizaciones fuertes como la mesa coordinadora nacional de jubilados del cual yo soy el secretario general, como la comisión nacional de jubilados de ATE y, nosotros decimos, así no podemos seguir, la cosa no termina con que nosotros seamos más o menos fuertes y que tengamos y vamos todos los días a la plaza, y que vamos a seguir siendo y yendo, pero tenemos que ser centenares, tenemos que unir a todas las organizaciones de jubilados en una sola acción, no se trata de disolverla por decisiones de los jubilados sino que nos unamos, trabajemos en común y entonces seremos una fuerza, somos una fuerza incontestable junto con la clase trabajadora, somos cuatro millones de jubilados en este país, fíjense que fuerza si nosotros vamos a la calle como tenemos que ir, pero también dijimos, pero sólo los jubilados no somos parte de la clase obrera, los dirigentes corruptos nunca han querido saber nada de la organización de los jubilados y cuando en su sindicato hay una organización de jubilados o las frenaban o no les daban ninguna importancia, porque ellos también, ellos sí que sabían que los trabajadores jubilados, que sabían sus mañas, pero que teníamos fuerza, iba a ser un hueso duro de pelar para ellos, para la entrega, pero estábamos seguros que empujando íbamos a encontrar el camino para estar junto con los trabajadores en actividad, para estar junto con nuestros continuadores hijos y nietos, que hoy algunos en actividad, es decir, la mayoría en actividad, otros estudiando y algunos también en las cunas, formando parte de este futuro que queremos.

Y así, llegamos y nos encontramos con un grupo de dirigentes sindicales en donde se destaca la Asociación de Trabajadores del Estado, CTERA, SOM, unas organizaciones estatales y otras organizaciones de menor volumen, pero organizaciones sindicales al fin que decidieron terminar con el engaño de la CGT de Azopardo y enfrentar a lo que se venía que era la construcción de esta CGT sinvergüenza, por favor, no de esta CGT, sino de este grupo que quiere utilizar la CGT, porque la CGT tiene una tradición y sirvió mucho en un tiempo, en una distinta parte de nuestro pasado histórico y puede todavía engañar a alguien. Fuimos a una reunión importantísima el 17 de diciembre pasado en Burzaco, de ahí

surge la fusión de los trabajadores jubilados con los trabajadores en actividad, de ahí surge el grito, el impulso para marchar a un congreso nacional de trabajadores, para debatir todas estas cosas que estamos diciendo, debatir todas las necesidades, liquidar y borrar todas las conspiraciones y los engaños que hay detrás de los trabajadores, pero al mismo tiempo mientras discutimos y empujamos, y atamos cabos con todos los vencedores, hemos puesto, en el eje de la actividad, principal e inmediata, la solidaridad de los trabajadores.

Que no haya ninguna lucha de trabajadores que se muera, que la derroten, porque se levanten solas, como ha sucedido. Que no haya ningún trabajador despedido porque los demás le dieron la espalda. Esta es la enorme función de esta reunión, de esta asamblea (...).

Nace en Burzaco, se consolida en Rosario, está en Corrientes y ya ha ido a distintos lugares del país. Y marchamos a este Congreso, para debatir el Congreso y de aquello que vamos a construir, pero evidentemente, vamos a construir una alternativa, y de eso se trata. Hay alternativa en el movimiento obrero; porque están los trabajadores, y es cierto, porque hay dirigentes de distinto nivel y también de otro nivel que son dignos de llamarse tal y de estar al frente de la organización. Vamos a construir esta herramienta, tan importante para construir esa alternativa que han dicho y que está en el ánimo de todos y que necesitamos para éste, para oponernos a este nefasto plan.

Una alternativa popular, realmente arraigada en los trabajadores y en el pueblo, con un programa que pase a poner los puntos fundamentales a realizar por una política, no de este gobierno, seguramente; seguramente de otro que tendrá que venir, y ojalá que sea por el producto y el resultado de la lucha, de una nueva alternativa.

Nosotros, pues, ya ven, no nos hemos desanimado; no somos, tampoco, ningunos iluminados, los jubilados que estamos haciendo esta cosa; simplemente somos las cosas que muchas veces se olvidan, somos el resultado de un pasado vivido, de lucha. Ya por distintas razones no pudieron juntarse para hacer lo que estamos haciendo, que es importante, pero es sólo una parte.

En una circunstancia, diría, o casualidad histórica, nosotros salimos a la calle, mientras los demás compañeros, por distintas razones no podían salir a manifestarse y a resistir todos los días. Los jubilados, esa clase pasiva, una parte trabaja y otra parte va a la Plaza del Congreso y a la plaza, para desarrollar nuestra actividad.

Yo creo que no hay nada casual, somos el resultado de esta historia gloriosa del Movimiento Obrero Argentino, que parte a principios de este siglo. Y, como nada sucede por casualidad, lo de esto sí, que hay que decirlo con unción: las Madres de Plaza de Mayo no fueron una casualidad; fue un conjunto de madres que les rompieron el corazón matando a sus hijos, y salieron ahí, a ocupar la Pla-

za de Mayo, cuando, por distintas razones, nadie iba ni a la Plaza de Mayo en la represión y qué sé yo.

Ellas sí que salvaron la dignidad de la Nación. Pero tampoco fueron mujeres iluminadas, es el resultado de las luchas desde históricamente, hayan luchado las mujeres junto a los hombres, pero ellas tienen ese mérito y también nos han enseñado a nosotros. Cuando nosotros dijimos, vamos a la Plaza de Mayo, vamos al Congreso, este es el ejemplo de las Madres de Plaza de Mayo.

Compañeros, perdonen, pero no quiero abusar del tiempo. Quiero que ustedes y nosotros sigamos trabajando, sigamos esclareciéndonos y sabiendo, absolutamente con seguridad, que esto que nos pasa no es irreversible, que esto que parece un tanque imposible de defender, de parar, no es tal, porque la fuerza está entre nosotros, entre todo el pueblo y en nuestra conciencia; y como bien dijo este importante y querido compañero de la dirección sindical, Víctor de Genaro: sepamos mirarnos, dejar las cosas de lado, mirarnos a los ojos, y saber que todos somos iguales en nuestros reclamos, y todos somos iguales frente al poder del enemigo, al sistema y a todos sus instrumentos.

Compañeros, perdonen nuevamente, pero nosotros los jubilados salimos tonificados de esto y de miles de reuniones como éstas que tenemos que hacer. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Edgardo García: Bueno, después de esta emotivísima invitación a actuar, vamos a pasar a la ronda de preguntas. Yo tengo entendido que el mecanismo es que ustedes las escriben y nos las hacen llegar o, si prefieren, pueden hacerlas oralmente, ningún problema.

Bueno, aquí hay una pregunta que no está dirigida a nadie en particular, pero bueno, quién prefiera responderla, lo hará. Dice: presionar al gobierno, a los representantes del Estado, debe ser la principal tarea de un movimiento social; ¿por qué se supone a un mensaje que incluye humorísticamente una imagen de relación de pares y por ende cercana, como blando? Ahí termina la pregunta. ¿No son justamente estos ejemplos, ejemplos que delatan una lógica propia de la política partidaria, entendiéndolo por esto una política que tiene a la representatividad como eje, y se esfuerza por excluir la persona?

Anabela Plataroti: Mirá, está bien lo que vos decís, lo entiendo; lo que pasa (...) entendiéndolo la rabia personal, con la que yo iba a buscar soluciones, me encontré con una ironía, a mi criterio, blanda. Yo lo que quería era un planteo más concreto a la Telefónica, por eso te lo dije, y por eso lo comenté como (...) es una situación de ironía, es factible, yo no lo descarté, pienso que todas las situaciones de pedido de respuestas, o de pedidos de reclamos, son factibles, no las descarto. Yo pretendí, y busqué, una situación de mayor dureza. ¿Por qué? por-

que la situación es mucho más grave, se puede encarar, también, desde la ironía, pero yo pensaba y pienso otra respuesta. Es una situación personal.

Alfredo Pérez Esquivel: Bueno, yo no reniego de los partidos políticos, reniego de la mala política que efectúan. Y lógicamente, más que pena, yo diría bronca de la falta de coherencia entre lo que dicen y lo que hacen. Una falta de coherencia, pero, permanente. Ahora, lógicamente que hay que buscar otras alternativas, otros caminos, en el hacer político. Y es esta búsqueda en la que estamos involucrados todos, de ver cómo salir de esta situación. No basta la crítica por la crítica misma, si no, encontrar otros caminos, otras alternativas, otras propuestas, en todos los campos, en lo económico, social, cultural, político.

Ahora, por eso, al comienzo de mi exposición, dije que iba a hablar desde una experiencia muy personal, de nuestras organizaciones. Hoy, ¿por qué vemos a las Madres de Plaza de Mayo en posiciones tan duras? Y que muchas veces, la gente dice, pero por qué tan duras, cuál fue la respuesta de la sociedad, cuál fue la respuesta de la justicia, cuál fue la respuesta de los partidos políticos, ¿cuál fue la respuesta del Parlamento? Estos son los serios interrogantes. Hablamos de las Madres de Plaza de Mayo, pero esto es en general.

Acá nos hacen una pregunta a los tres, antes de que te apures a contestar eso. Pregunta: Vos decías que no se puede presionar al gobierno, con la lógica partidaria. ¿Entiendo eso de tu pregunta?, ¿no? Entonces no contesto porque iba a contestar a eso.

Edgardo García: Tengo una pregunta que dice: para Pérez Esquivel, Chacho Alvarez, Víctor de Genaro: "Las organizaciones de Derechos Humanos, el peronismo de oposición que en aquel momento no era peronismo de oposición, y el sindicalismo peronista. ¿Aconsejó el voto a Menem?"

Carlos Alvarez: Primero, una reflexión muy cortita, que tiene que ver con lo que preguntó la compañera. Cuando hablamos de lo partidario acá, la relación entre lo político y lo social. Partamos de la base de que todos los que estamos acá estamos intentando, colectivamente, saber lo que significa construir un partido. Porque más allá de lo que cada uno tiene (...), acá me preguntan, por qué hacemos una campaña, con la afiliación nuestra. Acá no hay traición partidaria, nosotros nos fuimos del peronismo, veinticinco años de vida yo pasé en el peronismo. Entonces, de qué partido somos ahora. Estamos intentando construir un partido con otra lógica, o sea, con otra lógica a lo que se entiende el bipartidismo argentino; dos partidos muy fuertes, muy tradicionales, de muchos años y con mucha implantación social.

Te digo, no hablamos (...) porque ahora, a veces hablamos de "los políticos",

de qué partido somos estos políticos. Si estuviera Alfredo Bravo, socialista; si estuviera Pino Solanas del Frente Sur; de qué partido somos.

En realidad, no somos de ningún partido, nos hemos ido de unos; muchos de los que estamos acá (...) Pérez Esquivel de ninguno; Víctor se ha ido, en un proceso muy paralelo, con nosotros del peronismo; o sea, prácticamente, lo que estamos viendo es cómo se construye una herramienta, que es lo que definió Víctor de Genaro, muy claramente, entonces no nos pasemos facturas, como si, en el sentido de que alguien estuviese en una lógica y otros en otra; si no, estamos viendo, juntos, cómo se reconstruye una herramienta, que debe tener muchísimos elementos de todo lo que aportamos cada uno, la experiencia de donde venimos. Eso un poco sobre el primer punto.

El tema del mesero, yo creo que nosotros estamos en el peronismo. Estuvimos en la interna del peronismo nacional, cuando se enfrentaron Cafiero y Menem, Menem le gana a Cafiero. Nosotros, básicamente, mantenemos entre comillas hasta ese momento, una cierta disciplina. Estamos en un partido que tenía como candidato a Menem, esto es básico entenderlo, creo que hay más de tres, dijimos muchos de nosotros, inclusive, sí, pensábamos que en algún sentido, Menem expresaba el sentido de reparación social y cultural de los sectores más humildes, porque habíamos visto, nadie nos lo contó, el amor, el afecto, la relación que existía entre los pobres y Menem; lo vivimos, si lo vimos ahí, no (...) ese sentido de reparación social que la gente ponía en Menem. Es decir, los humildes, los trabajadores, los sectores más castigados. Inclusive, los que cuestionaron con su voto la renovación, por ser una política más gerencial, más de traje y corbata, más divorciada de la necesidad de los pobres; eso lo sintetizó Menem, y eso nosotros lo valoramos, no porque supiésemos que iba a pasar con Menem en el gobierno; lo que veíamos es que había una vibración, muy fuerte, entre los sectores populares, los pobres, los humildes, los marginados, y ese candidato.

Tampoco hicimos, nunca estuvimos demasiado entusiasmados, porque al lado de Menem sabíamos quiénes estaban, por eso no habíamos sido menemistas, y por eso no habíamos estado nunca en el sector interno que conducía Menem. Y aun reconociendo esa relación afectiva y fuerte, que existía entre Menem y los pobres, igual estábamos más cerca de lo que era la renovación; porque el sistema de poder menemista estaba contaminado de los Barrionuevo, de los Vicco, los... bueno todos estos sectores, los Cardozo, de los Vanrel, todas estas cosas que después vimos todos que pasó y que hicieron.

Lo más importante, creo que hay que reivindicar, y por eso a veces podemos hablar en muchos lugares y podemos hacernos cargo de lo ético en la política, que rompimos con un partido del poder. Por acá duros de abajo, podemos ser muchos, duros, radicalizados, que queremos romper con todo. Ahora, experiencias de romper desde el poder, hay pocas. Experiencias de decirle no a un partido

en el poder (...) porque nos podíamos haber disfrazado de los disidentes de izquierda del menemismo, como nos prometieron y ofrecieron muchas veces, Bauzá, Mera Figueróa, Manzano, el que a ustedes se les ocurra; planteó varias veces, sean la izquierda del menemismo, pueden criticar internamente, pueden criticarnos, pueden ser un ala progresista dentro del menemismo, tienen su lugar, tienen su espacio, sean críticos. Y dijimos, con la mafia, no hay acuerdo. Dijimos, esto me parece que aparte nos hacemos cargo del grado de responsabilidad que tuvimos con nuestra militancia, con nuestra presencia, también, alimentar lo peor que tuvo el peronismo; nos hacemos cargo de todo, o sea, nos hacemos cargo del pasado, de la historia, de la militancia peronista, y creo que, es decir esto me parece que sí, que no hay que negar lo que uno hizo, donde uno militó y las causas que uno intentó defender; esto, me parece que es lo suficientemente franco.

Alfredo Pérez Esquivel: Y bueno, uno comete muchos errores. Aquí hay una pregunta que dice: Usted dijo que no se vota lo mejor sino lo menos peor. Yo dije que era eso una de las tragedias, y me refería, concretamente, a lo que estaba pasando en Tucumán, en ese momento; entre un dictador, un tipo que violó los derechos humanos, como Bussi, y que metió a todos los pobres en un camión y los tiró en el desierto en La Rioja, y entonces decía que no había pobres en Tucumán; a un cantautor, como Palito Ortega, que no iba a generar ninguna propuesta distinta a la del gobierno; es decir, ¿qué opción encontraban en eso? Era no votar lo mejor, sino lo menos malo, lo que les permitía, más o menos, bueno, no queremos eso que es demasiado malo, pero con otra cosa mala, tampoco se puede construir una alternativa y, también en esta pregunta dice: No hay y no salen otras alternativas. Es decir, todavía no se ha conformado una fuerza alternativa; hay muchas fuerzas sociales en el país, con las mismas inquietudes, con las mismas preocupaciones. ¿Cómo sumar toda esa fuerza a través de un proyecto alternativo? No basta un acto electoral. El acto electoral, bueno, ya vemos los resultados; creo que es una etapa necesaria, pero de aquí al 95 hay que trabajar muy duro y muy fuerte para no volver a repetir estos mismos males. Yo no creo en el voto en blanco. Muchas veces se toma como un voto de protesta, es también otra de las preguntas, pero no aportamos nada. Lo importante, más que pensar en el voto en blanco, es trabajar para construir una alternativa válida.

Víctor De Genaro: Yo sí voté a Menem, quiero aclarar. No, es público. Hay una pregunta que quiero incorporar a ésta de contestar la de Menem. Lo que dice usted cuando estuvo en Mendoza, en poco tiempo, si no entendí mal, habló de la constitución de un movimiento amplio, ya que el peronismo partidario, en el que usted creía había muerto, que se ha logrado en este aspecto; si se iba a constituir un movimiento amplio en términos partidarios, políticos, etc.

Primero, sí, es cierto que voté a Menem, no formamos parte en forma particular del sector sindical que estaba con Menem porque veíamos que se acercaban tiempos duros, de crisis; pero, entendíamos que el voto a Menem, en ese sentido, significaba el no voto a Angeloz, que era la legalización del plan económico que en ese momento se estaba planteando.

Y por qué digo esto. Porque a mí no me parece mal que la gente vote lo que no quiere, que fue lo que pasó en el 89, la gente votó, mayoritariamente, como había hecho durante muchos años en nuestra historia, cuando no puede votar lo que quiere, porque no tiene la alternativa clara, vota lo menos malo.

A veces, muchos de nosotros decimos no creer en estos marcos democráticos, y le exigimos a la gente que lo crea. Por qué, si la gente sabe que el voto ése es simplemente una herramienta que le dan una vez y se la sacan, entonces lo usan, y lo usan con su poder, tratan de debilitar lo menos malo; salvo que tenga una alternativa clara, que de la perspectiva para jugarse.

En el 91 no sólo no ocurrió eso, si no que pasó algo más grave, y quizá estamos acá, y quizá todas estas cosas nuevas que estamos pensando, es producto de esto; porque en el 91 recibimos un cachetazo muy duro, el pueblo, por primera vez, en muchos años, no sólo no votó lo que no quería, sino que además votó por lo que ya vendía que era un programa de estabilización que significaba la privatización, la marginalidad, etc.

Nos derrotaron, por primera vez, con la gente. Porque antes, en el peor de los casos, siempre el pueblo se las rebuscaba para ilegalizar al enemigo, hasta con el voto en blanco. Porque una cosa es el voto en blanco de algunos, otra cosa es el voto en blanco en la época, por ejemplo, cuando el peronismo estaba proscripto, que fue mayoría, donde hay una conducción política que recupera el voto en blanco; si no es simplemente una opción individual, de sacarse las ganas, pero no una opción política.

En el 91 nos derrotaron muy duramente, el cachetazo más grande, no es que ganara Menem, si no que ganó con el voto. Y esto hizo repensar cosas, y que había que, para que la gente se arriesgara a poner en vilo la estabilidad, que estaba garantizada por este poder. No hay que prometerle cosas diferentes, hay que construir un poder diferente, para que la gente juegue también electoralmente.

Y en esto sí yo creo cabalmente. El peronismo, el Partido Justicialista, son parte de un pasado, son parte de una historia, de la cual yo vengo, y no me arrepiento porque formó parte de un proceso, de un movimiento nacional, y que reivindicó esta historia; como estoy seguro y respeto a aquellos que vienen del radicalismo, pero que si son, en serio, defensores del movimiento nacional, ya no pueden seguir explicándonos que para que gane el radicalismo tienen que votar a Angeloz o a De La Rúa o a quien fuera.

Fíjense una cosa, hoy nos pasa a cada uno de nosotros, a veces dicen: "bue-

no, vos qué sos”, “yo soy peronista”, “ah, vos sos de Menem”, “No, soy de... de Cafiero”, “pero”.... Y a los radicales les pasa lo mismo; uno les pregunta “Y vos, ¿qué sos? ¿radical?” o “vengo del radicalismo”. Y resulta que uno empieza a preguntar “¿sos de Angeloz?”, “no”, “¿sos de De La Rúa?”, “no, porque lo que yo creo...” ; “¿de Alfonsín?” ; “no, no, bueh...”; o sea que tampoco pueden explicar... Y ni que hablar de la izquierda, porque en la izquierda pasa otro tanto. No vamos a hablar “¿vos sos del PI?” . “no, yo ya no soy más...” . En fin, cada uno de nosotros tiene una crisis de identidad partidaria, y cosa que es positiva, que reconozcamos; ningún partido político expresa hoy, o representa la conciencia organizada de la clase trabajadora y el pueblo; y es bueno que lo asumamos. Y esto se va a reconstituir a partir de empezar a respetar las historias de cada uno, y a poner el interés de todos por encima del propio. Este es el nuevo proceso de reconstitución, que creo que cada uno de nosotros tiene que asumir.

Por ahí el 91 significó para nosotros el cachetazo final de un duelo, que desde el 1º de julio de 1974 creíamos que todavía no podía ser, que fue la muerte del último que expresó, políticamente, a un movimiento nacional conduciéndolo, que era Juan Domingo Perón.

El 91 demostró que esto está vacante, no existe, porque no existe el entrelazamiento de los sectores populares que hoy haga factible una expresión electoral. Ahora negar que la tenemos que reconstituir, es negarnos a resolverlo.

Yo creo que los problemas se empiezan a resolver cuando uno se hace consciente de eso. Y creo, y soy uno de los que sostiene que esta pelea por la democratización de las sociedades que hace nuestro pueblo tiene un objetivo concreto, que es acceder al poder a partir de ir democratizando la alternativa dentro de esta democracia, profundizándola, ampliándola, no comiéndose la democracia restringida, pero teniendo la responsabilidad de hacerlo construyendo poder social y, paralelamente, alternativas políticas de construcción, es un ida y vuelta, no es uno u otro.

Para tener una perspectiva de poder hay que tener una estrategia de poder. Y las estrategias de poder, que no se basan en el protagonismo de la gente, evidentemente, no tienen ninguna posibilidad de triunfar. Por eso la gente defiende el voto democrático, porque sabe que en esta vuelta irá acumulando, iremos resolviendo ya esta crisis que tenemos.

Yo no creo en otras estrategias de poder que grupos iluminados, en nombre del pueblo, accedan al poder, como si fuera una cosa que se toma, que esta ahí; y algún grupo de pícaros o algún grupo muy capaz de iluminados, es capaz de tomar el poder. Acá hay que construir otro poder; y creo que asumir la responsabilidad de que estamos en una crisis partidaria, que no es mala. Creo que vale la pena, a partir de eso, empezar a entender que lo que nos están diciendo los movimientos sociales es que no hay una identidad partidaria por encima del interés

común; y que hoy, más que nunca, los políticos que empiezan a hablar de expresar una nueva alternativa electoral, tienen que romper los moldes de sus propias estructuras partidarias y ponerse al servicio de la gente.

Ese es el nuevo movimiento social, pero también la alternativa electoral para ir profundizando y recuperando poder para el pueblo.

Edgardo García: Acá tenemos un par de mensajes, uno es de la comisión organizadora de las jornadas, que les pide por favor que no se vayan, que ya a las 18:00 hs se hace el acto de cierre; por lo tanto voy a pedirle a los oradores que no se extiendan tanto en las respuestas o elijan algunas de las preguntas que tienen. Otro mensaje, que es donde se menciona la lamentable ausencia de alguna representante del movimiento de mujeres en la mesa, en función de que este movimiento comparte, con los movimientos aquí representados, el objetivo de construir un modelo donde no haya ningún tipo de discriminación. Acá hay un comunicado, un mensaje, que pido que lea Víctor.

Víctor De Genaro: Espero que como discapacitada y como trabajadora de la salud que pronto los discapacitados, que fuimos reprimidos por el proceso, y vivimos hoy un aumento creciente de marginalidad laboral, asistencial, etc, propia de este modelo individualista; ojalá tomemos conciencia y comencemos la lucha juntos, y a todos los sectores postergados. Y un día, mi hijo pueda vivir en una Argentina solidaria.

Adolfo Pérez Ezquivel: Bueno, aquí hay dos preguntas. Voy a tratar de sintetizarlas. Una dice: no creo que falte, por parte de la cultura argentina y hombres influyentes el antagonizar una aparente buena imagen en Europa de este gobierno, que si bien puede tener origen de intereses económicos, en ciertos sectores también influyen sobre la población europea en general.

Bueno, nosotros tenemos la particularidad de un gobierno que está muy condicionado al sistema, y que pregona los beneficios del neoliberalismo como el objetivo máximo que puede entregar a nuestro pueblo, y lógicamente que desde Estados Unidos mientras esté de acuerdo van a tratar de ensalzar su figura. En Europa pasa lo mismo, en algunos países, no en todos (...) no creo que es la imagen que tienen del gobierno, lo que muestra la televisión y hay mucha preocupación sobre la situación argentina; ven cómo puede derivar este conflicto, como también lo que no se dice aquí, el ministro Cavallo lo guarda muy bien, es la contención del dolar; el día que se dispare, el peso en lugar de ser peso pesado va a quedar peso pluma.

Entonces, estas son las dificultades de nuestra economía que no son tan estables. Ahora cuando en el mercado comienzan las fluctuaciones, compran dóla-

res o venden dólares. Entonces, en eso mantienen el equilibrio; pero, tengamos en cuenta, y no es necesario ser economista, que en un país donde no hay producción lógicamente no puede sostenerse mucho tiempo. Estos pueden ser mecanismos artificiales.

Y lo otro, bueno, que tiene que ver con esa pregunta también. Es cierto que este modelo, este proyecto neoliberal margina las dos terceras partes de la población: y que se está implementando... yo acabo de estar hace pocos meses en la Alemania del Este, y cuando hablaba con los alemanes del Este sobre la situación económica latinoamericana, la política de ajuste, capitalización, privatización; la entrega del patrimonio a manos de grandes corporaciones, decían: "ese mismo modelo lo están aplicando aquí, con la diferencia que el gobierno central de Alemania es productivo y está dando una fuerte inyección de recursos económicos a la Alemania del Este, como por ejemplo las industrias ya obsoletas, con falta de competitividad en el mercado, están instalando industrias de tecnología de punta". Entonces, las diferencias con respecto a América Latina son distintas en este aspecto, pero el mecanismo del modelo neoliberal es esto.

Y quiero terminar con esto; a un trabajador en Alemania del Este se le consideraba un héroe del trabajo, hoy es un desocupado, éstas son las diferencias. Cada vez están más marginados, más desocupados; lo que pasa es que allá les dan un seguro de desempleo y eso les permite palear. Hay muchos otros datos que podría señalar... entonces dentro de esta imagen, dentro de este modelo neoliberal. Pero creo que esto contesta un poco a estas preguntas y creo que sí, que es un modelo, ya lo he señalado que termina con la represión porque no van a permitir que este modelo falle. Si tienen que aplicar mano dura la van a aplicar; y si no lo estamos viendo en Venezuela, que pasó en Perú, con Fujimori, qué está pasando en Colombia. Esto es centralizar, cuando hablamos del poder, qué tipo de poder tendríamos que analizar nosotros, qué entendemos también por poder, porque el poder es de acumulación en manos de unos pocos, y la miseria para el resto, y esto lógicamente que lleva a conflictos porque lo vemos en Francia, por ejemplo, vemos lo que ha pasado en muchos países en la Comunidad Económica Europea. Este modelo es una nueva forma de colonialismo.

Víctor De Genaro: Bueno, me parece que de estas dos preguntas se puede hacer una. Dado que como se planteó en la mesa la solidaridad sectorial o sindical que tiende a desaparecer, y se desarrolla en situaciones cotidianas. ¿Cuál es el destino de los sindicatos?, que nuevas organizaciones piensan que aparecerán, esta nueva modalidad dónde reina la no creencia en los partidos y sindicatos no recarga excesiva y exigentemente al pueblo en la lucha por sus derechos, y por último con respecto al ejemplo que dije de Río Turbio, estoy de acuerdo o qué comparto. ¿Qué pasó con Sierra Grande?: la movilización social sobró. Bueno, a

mí me parece interesante profundizar el tema del modelo.

Yo creo que el modelo liberal, en realidad no es un modelo económico o el neoliberal, o el neoimperialismo que propone la situación en nuestros países, no es un modelo económico, es un modelo que tiene un modelo partidario, un modelo sindical, un modelo de medios de comunicación, un modelo de universidades, un modelo cultural; es un modelo en todas las áreas y tiene un modelo sindical neoliberal, es éste que hablábamos antes, el sindicato que está financiado por la estructura sindical. Los textiles, por ejemplo, hace veinte años atrás eran 350 mil trabajadores textiles y tenían un local prestado, hoy son 35 mil trabajadores textiles, trabajadores reales y tienen un local sindical que ustedes lo ven y esta ahí por la Avenida La Plata, que si algún día pasan ustedes, parece un edificio trasnacional, esto está financiado, no con la cuota sindical, no con la organización sindical, sino esta financiado con todas las otras cosas que significan malvender el convenio colectivo, ser una parte más de la empresa, por eso el sindicalismo de ese modelo sin escrúpulos; nosotros vamos a ser la garantía de la aplicación del modelo económico. Entonces, ese es el modelo sindical del enemigo, del neoliberalismo, como hay modelos partidarios que son esto, se pelean a ver quién es el mejor. Unos dicen: "nosotros, no importa que lo hagamos desprolijamente pero hacemos el ajuste" y los otros dicen: "no, nosotros lo podemos hacer mucho más prolijo", pero en realidad lo que no discute ningún partido de estos es el modelo del ajuste.

Bueno y así ponemos, en el campo cultural es exactamente igual, o en las organizaciones de jubilados, porque los trabajadores jubilados saben muy bien que hay muchos que pelean con ellos, pero hay otros que se dedican a vender turismo y son parte de los que están financiados por ellos, o sea que también hay modelos para todos los niveles, en el sindicato igual el problema es, qué tipo de modelo sindical nuevo va a haber y esto es lo que uno aprende.

Hoy la clase trabajadora argentina cambió. La tercera parte es desocupada o está en trabajo informal, la tercera parte, 35% del resto que trabaja en trabajos estables, esta precarizada o sea que estamos hablando prácticamente de más de seis y medio millones de personas que están precarios. Del resto, la mayoría trabaja en los sectores de servicio, los docentes, comercio, estatales, transporte; sectores de servicio. Y cada vez menos, trabajan en los sectores de la producción.

Las industrias se han ido cerrando, no ahora solamente. En la época de Martínez de Hoz, en la última década, en el 87, nosotros sacamos un mural que decíamos que se habían cerrado 10.000 fábricas en el Gran Buenos Aires, 10.000 fábricas; o sea, la desindustrialización es grande, cambió la clase trabajadora. Entonces, el modelo sindical, tiene que ser diferente, tiene que abrirse de otra manera; por eso los trabajadores jubilados tienen que ser parte del sindicato, pero también

los desocupados, también los compañeros trabajadores informales. Por eso, nosotros, creemos que hay una reconstitución de la clase trabajadora que no se puede medir, por si paga la cuota, la afiliación, o no, o si le damos la obra social.

Hace veinte años atrás, un compañero, que perdió un puesto de trabajo, se iba a otro inmediatamente, entonces, perdía la obra social, pero la recuperaba a los treinta días. Hoy en día, alguien que pierde el trabajo se margina, no sólo en lo laboral, sino en la salud, queda marginado; entonces, no puede ser que no haya una actitud solidaria, mucho más grande que defender la obra social propia y si no, unificarse, con todos los sectores, para resolver el problema de la salud de todos los trabajadores, o sea, el problema es cada vez mayor. Eso es el nuevo sindicalismo. Y un sindicalismo, que reconoce que su poder está afuera, como en Río Turbio, o como en todas las acciones; como también está en Sierra Grande. Esto es verdad, tienen límites. Sierra Grande significó un proceso muy alto de movilización. En Sierra Grande se hicieron muchas cosas (...). También hay que reconocer que tiene historia; no son momentáneas las movilizaciones, y también hay diferentes organizaciones gremiales. No es lo mismo, algunas organizaciones que no están comprometidas a nivel de la comisión interna, de la región; y nacional, con respecto a lo que va a pasar en un lugar, que no lo estén; porque el movimiento de solidaridad es muchísimo mayor.

Y hoy, si no hay una trascendencia y movilización nacional, es muy difícil que se pueda defender la fuente de trabajo. Y esto lo vemos, hay hechos que (...) no siempre se triunfa en la movilización popular, o en la organización social que significó tener al pueblo en Sierra Grande movilizado, pero no al conjunto de los trabajadores. Porque a nivel nacional, esa organización no defendía; no defendía, como defendían los sectores de allí, la posibilidad de mantener Sierra Grande, y lamentablemente la organización sindical terminó viniendo a defender, en Buenos Aires, nada más que el valor del retiro voluntario, no el mantenimiento de la fuente de trabajo y del pueblo.

Y esto sí, yo creo, daba para mucho más, porque la posibilidad y la potencialidad social, daba mucho más como para defender la perspectiva del acero en nuestro país. Claro, se tendría que haber hecho un movimiento mucho mayor, como se hizo en el caso de ACINDAR, cuando significaron movilizaciones populares de un pueblo entero, pero también nacionalmente, no para defender nada más que al retiro voluntario, sino el mantenimiento de toda la fuente de trabajo. Esto no es una construcción de un día, es una construcción permanente. Yo por eso sostengo que lo revolucionario hoy, lo fundamental hoy, para que algo explote en algún lugar, tiene que ser organizado previamente. La organización es lo más difícil. Este enhebrar, estos lazos de solidaridad que nos han fracturado, para que en algún momento pueda haber triunfo popular, o victoria en algún hecho, se necesita mucho tiempo de cotidiano trabajo, de entrelazamiento y organiza-

ción de ese poder popular, si no, no existe esa fuerza como para, vencerlo.

Sí creo que este movimiento se hace, a pesar de las dificultades que existen o el descrédito de los dirigentes partidarios y sindicales. Y el pueblo, en eso, también no tiene que delegar su responsabilidad.

Una de las preguntas, que supongo, que la mayoría de los que estamos acá, que somos "más visitados por los periodistas", nos hacen siempre: "¿cómo se puede hablar de construir algo nuevo, si la gente no cree en los partidos políticos, en los sindicatos, en los dirigentes sindicales, o los líderes partidarios?". ¿Y la verdad, que yo siempre respondo: que para mí ese es uno de los datos de mayor sanidad que tiene el pueblo argentino; descreer de la mayoría de los dirigentes partidarios, de los sindicales, funcionarios, etc.; porque la mayoría está en el "sálvese quien pueda", en salvarse ellos, en no calentarse por la gente, en no resolver sus problemas.

Ahora, una cosa es dejar de creer en ellos, y otra cosa es dejar de creer en uno mismo. Si el pueblo deja de creer en él mismo, y cada uno de nosotros optamos por la salida individual, lo que estamos haciendo es asumir esa ideología que nos implanta el sistema. Una cosa es justificar que tengamos dificultades, que es difícil hacerlo, que no tenemos poder, que hay que reconstituirlo; y otra cosa que aceptemos entregarnos claramente por el poder del enemigo. Esta es la gran diferencia que hace, el dar el paso al frente o resignarnos definitivamente a hipotecar nuestro futuro.

Edgardo García: Les leo un mensaje: quiero agradecer a la mesa el entusiasmo, el fervor, transmitidos en las exposiciones. También el estilo tiene que ver con las ideas. No se puede luchar, si no hay pasión. Y, una última pregunta, que es dirigida a la mesa. Pero supongo que Chacho Alvarez la va a responder, ¿no?

La pregunta es: ¿de dónde venimos y hacia dónde vamos? ¿Qué implica, y entonces, cómo se evidencia, el hacerse cargo de la historia, sin revisar la propia historia? Nuestra historia, y dentro de ella, las formas de lucha que, particularmente en nuestro país, fueron encabezadas por el movimiento sindical peronista, si esta es nuestra forma colectiva de lucha, más allá de las que se han vendido, que han sido más de las deseables; ¿no convendría, entonces, hacer una auditoría, que con inteligencia y memoria histórica, pueda saldar tanto protagonismo fracasado?

Carlos Alvarez: Bueno, voy a tratar de ser muy cortito. Primero ha sido una equivocación, exigimos un detalle minucioso de lo que hicimos, porque mientras que ahora se juntan, los que nos parecían injuntables; se juntan peronistas con Alsogaray, con ultraliberales. Nosotros nos comemos los glóbulos rojos, nosotros nos examinamos las radiografías de tórax, de pecho, electroencefalograma;

qué hiciste, no... el 29 de mayo del 49. Dónde estabas en el Cordobazo. Y creo que esta es la subcultura, creo que hay una idea negativa de subcultura; que la subcultura militante, que creo que contradice, absolutamente, todo lo que venimos a exponer acá, que era cómo se abre la política, como se la abre, cómo se la dessectariza. Cómo, nos conectamos más con la gente común. Porque, decimos, los partidos están en crisis pero el 85% de la Capital votó a dos partidos que están en crisis; y nosotros estamos más en crisis que esos dos partidos.

Digamos, me parece que se dicen muchas cosas que no tienen comprobación en la realidad (...). Hay una cultura, que somos muy autocomplacientes con nosotros mismos, creo que somos muy autocomplacientes. A nosotros nos va mal, y la culpa la tiene el enemigo. Creo que tenemos que asumir que tenemos las mismas miserias, las mismas mezquindades y las mismas enfermedades de la época; que competimos, que queremos ser dirigentes, que queremos ser diputados; que no hay que ocultarlo, no somos seres excepcionales a la época. Tenemos que sincerar, muchísimo, eso para romper con una cultura muy autocomplaciente. Y creo que también tenemos que entender que el menemismo, nos guste o no, trazó una frontera en el país; y empezó otra historia, la reconversión del peronismo, la reconversión salvaje del peronismo, la domesticación, la castración, el fin de un peronismo, que pese a su conflictividad interna, tenía una potencialidad de cambio; esa historia saldrá del ciclo peronista, que solamente ustedes fíjense, que paradójico, ¿no?, solamente podía destruir al peronismo, el propio peronismo; de afuera, nunca lo pudieron destruir. Compraron sus burocracias, pero siempre la burocracia electiva, cobraba por un lado pero pegaba en el otro, nunca lo pudieron disciplinar del todo, nunca lo pudieron comprar del todo; ni aun a sus peores dirigentes. Tenía que ser alguien que surgiera de su propia entraña, junto con la complicidad de muchos, como han terminado con esta historia, con este ciclo. Ha terminado un ciclo, y empieza una historia.

Víctor de Genaro, creo que fue claro, hay una crisis de identidad muy fuerte, estamos todos recomponiendo una identidad.

Quién puede decir acá, "no, yo tengo el carnet, el verdadero carnet, o la verdadera receta de lo que hay que hacer. Vos sos un traidor, un débil, claudicaste...". Tenemos que empezar, desde mucha humildad, desde saber que estamos a la defensiva y en resistencia, desde saber que enfrentamos un proyecto, que tiene que ver con un rediseño a nivel mundial. Desde toda esa comprensión, que a veces enunciamos, pero que después no somos coherentes con todo ese enunciado. Tenemos que empezar un ciclo de reconstruir, creo que un frente nacional, popular, democrático, donde nos empeçemos a encontrar gente, que viene de distintos lugares, que tengamos mucha capacidad para escuchar al otro.

Alguien me pregunta acá: "¿cómo hacemos para construir esto sin paternalismo?, por qué ustedes hablan de pueblo, colocando al pueblo en otro lugar de

donde están ustedes (es verdad), sin paternalismo, en el sentido, saber que lo tenemos al pueblo con nosotros, porque el tema fundamental es que vamos a terminar diciendo que el pueblo es víctima de una situación en la que no se da cuenta, porque termina votando a sus victimarios; no es una situación fácil, la que estamos viviendo, de que la gente legalice con su voto el proyecto neoconservador; es una situación que demanda mucha más discusión y mucha más complejidad del tema; no es una situación que reclame un diagnóstico simple, es una situación que nos trae, ¿qué pasa con la gente común, que vota a los que la están cagando diariamente?"

Este es el tema de discusión de los movimientos sociales, de la política de, como lo plantea Víctor, de cómo se reconstruye una opción. Pero hay que dejar el cliché, el esquematismo, el sectarismo, la radiografía. Hay que dejar muchas cosas. Y hay que dejar de pensar como un marginal también al conjunto de la sociedad y a la gente común. Entonces, digo, me parece que ahí hay un camino para adelante. Yo creo que las historias valen, con trazo grueso de que, creo que todos los que estamos acá, los que pueden (...) ustedes, qué convicciones juzgamos, qué compromisos hubo, que coherencia hubo en lo que hicimos. Ahora, si empezamos a discutir los matices de cada uno, lo que cada uno hizo (...) sonamos, nos destrozamos, no queda nadie, no queda absolutamente nadie. Digo, está trazado un camino por delante, creo que tenemos, hay un espacio social para construir, esto es lo importante; y creo que todavía nosotros estamos por detrás, de lo que se puede construir. Estamos en deuda; si ustedes me dicen, por qué los que estamos acá y muchos de los que están afuera, estamos separados, y no somos parte de una misma opción; es una deuda que tenemos, es una deuda; entonces, digamos, me parece que hay que empezar a ser, también, exigentes con uno mismo en la complejidad del diagnóstico, en la complejidad de lo que se nos viene y la tarea que tenemos por delante; pero creo que hay un camino por delante, que básicamente, es discutir, con mayor precisión, empezar a discutir, con mayor precisión, el qué hacer en torno, cómo se construye esta nueva herramienta que definió Víctor bien, una herramienta política, social, sindical, que realmente podamos decir, bueno, la gente empieza a ver otros caminos. Porque la gente va a seguir votando entre lo conocido; porque, evidentemente, no le podemos decir que venga con nosotros; qué garantía somos nosotros de llegar al poder, si no nos podemos poner ni de acuerdo para elegir al consejero vecinal, vamos a ser garantía de poder en este país, ¡no jodamos! seamos humildes para reconocer eso. No le podemos echar la culpa a la gente de que no nos vote a nosotros, no estamos a la altura de lo que significa hoy la construcción de la alternativa creíble por la cual valga la pena apostar.

La gente no se va a ir, fácilmente, de dos partidos con mucha tradición en la Argentina. Y, aparte, no nos creamos que la incredulidad de la gente en los polí-

ticos, nos va a venir a nosotros; porque hay países en América Latina, que hace cincuenta años viven de la incredulidad de los políticos. Pregúntele a los italianos, qué piensan de la clase política; ¿y eso significó que el partido común es tomar el poder? Puede significar que no crezca ninguna alternativa, y la credibilidad en los políticos sea cero.

Pregunten a los franceses o a los alemanes, qué piensan de su dirigencia política, el desencanto a los políticos, es un fenómeno viejo, y es universal. Nadie cree en la dirigencia política; y pocos, en otra dirigencia. Hay una crisis de mediación, no es la crisis de la política. Nadie quiere darle a otro, que otro lo represente, en todos los niveles. Es la crisis de mediación argentina y en todos los niveles.

Pero la gente, termino con esto. Lo que ha logrado el sistema es achicar los márgenes de libertad para poder elegir, ejemplo básico que tiene que ver con una pregunta. Si la gente no te ve en televisión, no existís, ejemplo: condicionamiento número uno, los medios de comunicación se han configurado, se han construido, y sobre todo a partir de esta concentración de los medios, en los decisores, en los que la gente pone la mediación, cuando hacen los compañeros de los movimientos vecinales, dicen: "ojalá venga canal 9", no dicen: "ojalá vengan los dirigentes", si no viene la comunicación, si no vienen los canales, no existís, no existe la realidad si no está la televisión, no existe la política para millones de argentinos, si no está la televisión, y esto es uno de los condicionamientos para elegir en libertad, porque nosotros podemos elegir, podemos decir: un ciudadano formado, informado, con capacidad de discriminación a aquel que puede sobrevivir, pero qué pasa en la Matanza, con aquellos que no pueden ni comer. La capacidad de manipulación del sistema es muchísimo mayor. Entonces, digo, luchamos, no solamente, en el sentido de juntar, organizar a los que son víctimas del ajuste; luchamos para reconstruir la mayoría, sacarles tironear el sentido común que el sistema tiene capturado, que es lo que decía Víctor, o sea la legitimación social que tiene el proyecto neoliberal. Eso es lo más preocupante; que no creamos, y no seamos ingenuos, que a partir de la suma de pobres que vaya dejando el modelo neoliberal eso nos va a llevar al poder a nosotros. Esto no es, no es, dos campos, los que comen y los que no comen, y si son muchos más los que no comen, ahí llegamos al poder nosotros.

Esto es una construcción al interior de la sociedad, para ganarle a la gente, al sentido común; hoy impera como hegemónico, construido por los medios de comunicación, básicamente, y por supuesto un esquema de poder muy fuerte y muy dominante. Por eso digo, hay un debate muy largo para hacer para adelante.

Edgardo García: Bueno, yo le voy a pedir a Zulmira, si quiere responder la pregunta que le habían formulado, y en cinco minutos nada más porque ya nos tenemos que ir, nos echan.

Zulmira Galvão Alvarenga: La pregunta es, ¿qué hacen los profesionales de salud, que vinieron a esta jornada? ¿Cuál es mi opinión? Mi opinión es; estuve una semana aquí con ustedes, y la opinión que yo tengo es que yo vi a las personas con mucha voluntad, llenas de conocimientos, aunque un poco desanimadas, un poco depresivas y lamentándose mucho...

Ustedes no son débiles, ustedes tienen conocimiento además de un deber; al final de cuentas, ustedes son unos privilegiados que pudieron estudiar; y como dice un compañero, aquí hay muchas personas que necesitaban un repaso de los conocimientos que ustedes han adquirido (...), que ustedes les den a ellas ese repaso de conocimientos, y desde ahora deben arremangarse y trabajar, junto a los movimientos populares y resistir.

Edgardo García: Yo quiero agradecer a los panelistas por su presencia aquí el día de hoy, y a todos ustedes, que durante casi tres horas estuvieron junto a nosotros debatiendo, bueno, qué articulación posible hay entre los movimientos sociales que están emergiendo y el ámbito vedado por los movimientos de la política. Muchas gracias a todos, buenas tardes.

INDICE

Prólogo	5
Objetivos de las jornadas.....	11
Discursos inaugurales.....	13
Tiempos de ajuste.....	19
Situación actual y perspectivas de nuestro sistema de salud.....	41
El financiamiento del sistema de salud	77
La secretaría de salud de São Paulo	105
¿Seguridad social camino a la privatización?.....	135
Experiencias y formas de descentralización en salud en grandes municipios del cono sur.....	173
A propósito del mercado y la libre elección: el sistema de salud chileno y el de Estados Unidos.....	213
“Pensares al fin del milenio”, ¿cómo pensar la salud, cómo pensar lo social, cómo pensar lo político?	241
APS, descentralización y silos: ¿Propuestas tecnocráticas o alternativas en salud?.....	279
La articulación de los movimiento sociales con lo político	307

*Frenta a las enfermedades que genera la miseria,
frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos,
los microbios como causa de enfermedades,
son unas pobres causas.*

Dr. Ramón Carrillo