

RAMA NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Aporte a las VI Jornadas
de Atención Primaria de Salud
y III de Medicina Social.



Asociación Trabajadores del Estado

“La Enfermera, contribuye
anónimamente con su abnegado
sacrificio a la lucha contra el dolor, la
enfermedad y la muerte,
porque es agente de la vida
y la esperanza”.

Ramón Carrillo

“Frente a la causa que genera la
miseria. Frente a la tristeza y
el infortunio social de los pueblos,
los microbios como causa de
enfermedades son una pobre causa”.

Ramón Carrillo

“II ENCUENTRO NACIONAL DE DELEGADOS DE SALUD PUBLICA”

Anfiteatro EVA PERON - Buenos Aires. 17 y 18 de Julio de 1992.



La Argentina viene soportando desde hace muchos años una política de ajuste caracterizada por la retirada del Estado en lo referente a funciones indelegables en lo que hace a soberanía y justicia social. La ausencia y/o ineficiencia de control, fiscalización y normalización repercute de manera nefasta en las políticas sociales que debieran proteger a los sectores populares.

La Salud, junto con la Educación y la Previsión son áreas claves para el fortalecimiento y potencialidad del Pueblo. Precisamente por esto, es que, desde el sistema dominante, a partir de una alta concentración del poder económico y una injusta distribución de la riqueza, se ha provocado el retroceso del nivel de vida en general de la población que se traduce en:

- La falta de trabajo expresada en los niveles de desocupación nunca alcanzados hasta ahora.
- La desnutrición
- La falta de vivienda
- La falta de agua potable y de cloacas.
- Los salarios miserables, etc.

Esto muestra claramente el perfil social del ajuste que sin miramientos recae sobre los sectores mas humildes.

El rostro sanitario de este ajuste se traduce en el aumento y reaparición de enfermedades sociales como: la tuberculosis, el Chagas, Paludismo, Cólera; en donde hasta el Sarampión contribuye al aumento de la mortalidad infantil, llegando al

extremo de que cada 30 minutos muere un niño en la Argentina por razones evitables.

Esta política implementada desde el poder, netamente NEOLIBERAL, trae como consecuencia el desmantelamiento del sistema sanitario, es decir, entre otros aspectos:

- Disminución del presupuesto de Salud
- Ausencia total de una medicina preventiva
- Deterioro de la infraestructura tanto edilicia como equipamiento Hospitalario.
- Falta de insumos, de capacitación y de medicamentos básicos en los hospitales.
- Falta de personal y no jerarquización del equipo de salud.

Como consecuencia de la reducción de la intervención del Estado, en funciones que le son indelegables, tal como lo establece la Constitución Nacional y distintos derechos internacionales, aparecen:

- **La Privatización:** mayor costo económico para el Estado; disminución de la planta laboral a partir de: retiro voluntario, jubilaciones anticipadas, congelamiento de vacantes, desnaturalización y/o desmejora de la función a cumplir por los servicios a privatizar.

- **La Transferencia:** Esto implica transferencia de servicios a los estados provinciales y municipales, en realidad, lo que hace es transferir obligaciones priorizando criterios económicos por sobre la función social, como se hizo durante la



última dictadura militar que trajo como consecuencia que hoy no contemos con esos servicios.

- La **Descentralización**: bajo la apariencia de mejorar la atención a través de una mayor autarquía en el funcionamiento, el Estado apela a un principio administrativo teóricamente sano, que al ser implementado a partir del ahogo financiero y la escasez de recursos, logra su verdadero objetivo que es desentenderse de las obligaciones que le son inherentes.

- El **Arancelamiento**: El Estado no debe delegar su responsabilidad de garantizar la Salud del Pueblo dejando la financiación del sistema en manos de las Obras Sociales ni de las cooperativas, ni cooperadoras, ni comisiones de apoyo, que haciendo eje en el cariño que los trabajadores tenemos por nuestros hospitales, lleva a que el dinero que sostiene el sistema salga nuevamente de nuestros bolsillos cuando ya lo aportamos, al igual que todo el pueblo a través de los impuestos, los cuales no se destinan ni hacia la educación, ni a la salud, ni a la previsión social.

Ante este estado de situación, entendemos como prioritario, recuperar al equipo de salud para recuperar la SALUD PUBLICA, y esto significa:

- Salarios dignos para todos, que implica como mínimo un valor del 70% de la canasta familiar y la incorporación al básico de todos los items que hoy se pagan en negro.

- Cobertura de todas las vacantes con llamado a concurso de todos los cargos.

- Implementación, con la participación plena de todos los trabajadores, de la Ley de Carrera Sanitaria, en camino a los convenios colectivos de trabajo, como normativa fundamental en la regulación de nuestra relación laboral. Con esta herramienta, y en el ámbito de paritarias, lograr:

- Condiciones adecuadas en el medio ambiente de trabajo.

- Capacitación al alcance de todos los trabajadores.

- Clara definición de misiones y funciones y de las plantas de personal.

- Jubilación digna y adecuada a los trabajadores de la Salud.

Pero todo este complejo panorama no sería completo si no hiciéramos mención a algunos otros problemas que son CENTRALES en esta cuestión de la Salud Pública. En este sentido queremos destacar la importancia que revisten las OBRAS SOCIALES: los trabajadores somos privados de la posibilidad de manejar estos fondos que nos pertenecen; en el caso de los estatales porque los distintos gobiernos se han negado a reconocer este derecho y en el caso de los compañeros de la actividad privada porque las intervenciones o la administración de las cúpulas corruptas han consentido la actual privatización de los servicios y han convertido a nuestras Obras Sociales en botín de guerra de disputas políticas o de otra naturaleza. Se ha desvirtuado el papel fundamental que en el cuidado de la salud deben jugar estos entes (turismo, recreación, vivienda, etc) y se los ha convertido en meros pagadores de la atención de la enfermedad. Por todo esto es que los trabajadores de la salud pública luchamos para recuperar el control total de nuestras Obras Sociales y la democratización en el manejo de aquellas que hoy no están en nuestras manos.

En cuanto al equipamiento y a la aparatología en general, nuestro País se caracteriza por el sobreequipamiento, o su otra versión: el sub-equipamiento. Ante esto, exigimos una política nacional en la materia, para lo cual el Estado vuelva a cumplir un rol de contralor, fiscalización y normalización, apuntando a una buena calidad y a una racional distribución.

En lo que hace a los medicamentos, también exigimos una política nacional donde el Estado regule en esta materia, reordenando el mercado de medicamentos, fiscalizando su comercialización e incentivando la producción nacional y alentando la misma en los centros hospitalarios del País.

Tristes ejemplos significan la gran cantidad y concentración de los T.C. y el exceso de productos comerciales que bajo la apariencia terapéutica solo alimentan el sobreconsumo, como así también el tratamiento que el Gobierno le ha dado al medicamento genérico, desvirtuando totalmente en la reglamentación del Decreto N° 150, cediendo a las presiones de los laboratorios de las transnacionales.

Por detrás de toda esta problemática, y jugando un papel fundamental, aparece la cuestión del PRESUPUESTO. Es aquí también donde el Estado "se retira" del problema. Venimos asistiendo año tras año a disminuciones importantes de las partidas que el Estado destina a la salud pública. Ahora se nos explica que con el aumento de la coparticipación federal las provincias dispondrán de más fondos para atender la salud. Las Provincias explican lo mismo con respecto a las municipalidades, y todos juntos, apuestan al ARANCELAMIENTO, LAS COOPERADORAS, ETC. para financiar los hospitales, es decir: NUEVAMENTE EL PUEBLO HACIENDOSE CARGO Y PONIENDO EL DINERO. Los floridos discursos oficiales acerca del financiamiento, resultan contundentemente desmentidos a diario por la realidad de los hospitales, los sueldos de los trabajadores, etc.

Es en medio de esta realidad donde la estrategia de la ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD, aparece como la alternativa a impulsar. Los trabajadores de la salud pública de la ATE sostenemos que es imprescindible implementar esta modalidad, no solo porque resulta más económica, sino fundamentalmente, porque pone el énfasis allí donde el problema se origina y donde es más fácil solucionarlo, previniendo la enfermedad o atacándola en su inicio. Tenemos en cuenta además que LA APS FOMENTA Y FACILITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LA COMUNIDAD EN EL DISEÑO DE LAS POLITICAS DE SALUD, y esto es, ni más ni menos, la única garantía de que estas estén realmente al servicio del pueblo.

Pero este panorama, que aparece difícil, complicado, negativo; NO ES INMODIFICABLE NI DEFINITIVO. Los trabajadores de salud pública estamos convencidos de que a través de nuestra ORGANIZACION, de nuestra LUCHA y de la PARTICIPACION ACTIVA DE LA COMUNIDAD podremos comenzar a revertir la situación. Para ello, en el marco de este Segundo Encuentro Nacional, hemos tomado algunas decisiones sobre tareas concretas que nos permitirán continuar esta pelea. Como primera medida se ha resuelto PROFUNDIZAR LA CAMPAÑA DE AFILIACION vigente, estableciéndose un

plazo de 60 días para evaluar la misma. Simultáneamente, y con un plazo de 90 días, se resolvió concretar la elección de delegados del sector y juntas internas en todos los hospitales y lugares de trabajo del país. Estos dos puntos como paso previo a la constitución de la RAMA DE SALUD PUBLICA. Se impulsará también una mayor participación de la Escuela Libertario Ferrari y, complementariamente, la realización de cursos especiales para delegados del sector. Junto a lo anterior, se resolvió utilizar al máximo la infraestructura de prensa de la Organización para poder llegar en tiempo y forma a todos los sectores.

Para evaluar la marcha de los trabajos, apoyar a los sectores con mayores dificultades y elaborar las propuestas de trabajo para el próximo encuentro, se resolvió conformar una COMISION PROVISORIA DE LA RAMA DE SALUD PUBLICA NACIONAL, integrada por un representante de cada región:

REGION	PROVINCIA	COMPAÑERO
NEA	CORRIENTES	JOSE DE LA PUENTE
NOA	SGO. DEL ESTERO	A DESIGNAR
CENTRO	CORDOBA	A DESIGNAR
LITORAL SUR	ENTRE RIOS	ALICIA ALZUGARAY
CUYO	MENDOZA	A DESIGNAR
PATAGONIA SUR	CHUBUT	PABLO GARRASA
PATAGONIA NORTE	NEUQUEN	HECTOR MENDEZ
PCIA. DE BS. AS.		A DESIGNAR
CAPITAL FEDERAL		OSCAR SANCHEZ
COORDINADOR	CONS. DIR. NAC.	CARLOS CASSINELLI.

Funcionará hasta el mes de Diciembre donde se decidirán los pasos a seguir. Por último, y en relación a todo lo tratado, el Encuentro resolvió la realización de una JORNADA NACIONAL DE DEFENSA DE LA SALUD PUBLICA el 19 de Agosto próximo que deberá unificar el reclamo y las propuestas en todo el territorio nacional contribuyendo a instalar en todo el país el debate acerca de la salud pública. En este sentido resulta imprescindible convocar a la comunidad y sus organizaciones para que, de una manera colectiva e integral, asuma





en su conjunto la defensa de la salud pública. Para concretar esto, y adecuándose a la realidad de cada lugar, se realizarán pintadas con consignas unificadas dejando a criterio de cada provincia la implementación de otras medidas que garanticen la difusión (pegatinas, mesas de debate, movilización, conferencia de prensa, etc.)

Este trabajo es producto de la participación de mas de 150 compañeros, representantes de los siguientes lugares de trabajo:

PROVINCIA DE BUENOS AIRES: Hospital Ramos Mejía - Hospital Paroissien - Unidad Sanitaria Fatima (Avellaneda) - Hospital Perón (Avellaneda) - Sala Las Torres (La Matanza) - Ministerio de Salud de la P.B.A. - Hospital Melchor Romero (La Plata) - Hospital San Juan de Dios (La Plata) - Hospital Materno-Infantil (Mar del Plata) - Hospital Punta Mogotes. (Mar del Plata) - Seccional Pergamino - Just. Biológico (La Plata) - Hospital Vicente López - Hospital Posadas - Hospital San Roque (La Plata) - Hospital Cetrángolo (San Martín).

PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO: Hosp. Regional (Río Grande)

PROVINCIA DE SANTA FE: PAMI - Rosario - Hosp. Centenario - Hogar de Ancianos - SAMCO-San Javier - Hosp. de Psiquiatría - Hosp. Central (Reconquista) - Hosp. Iturralde.

PROVINCIA DE RIO NEGRO: Hospital Zatti (Viedma) - Hospital Zonal (Bariloche).

PROVINCIA DE CHUBUT: Hospital Zonal. Trelew - Hospital Dolavon - Hospital Puerto Madryn - Hospital Sarmiento - N. Central. - M.R. Comodoro Rivadavia.

PROVINCIA DE MENDOZA: O.S.E.P. - Hospital Tunuyan - Hospital Lujan - Hospital Central - Servicio Nacional Chagas -

Hospital Chestakun (San Rafael).

PROVINCIA DE SGO. DEL ESTERO:

Hospital Zonal (Termas de Río Hondo) - Hospital Alvarez (La Banda) - Hospital Regional Sgo. del Estero.

PROVINCIA DE CORRIENTES:

Hospital de Niños (Corrientes) - Hospital Escuela (Corrientes) - Hospital F. Irastorza (C. Cuauiá) - Hospital Zonal (Goya).

PROVINCIA DEL CHACO:

Hospital Perrando (Resistencia) - Hospital Maja (Villa Angela) - Hospital Güemes (Castelli) - Centro de Salud (Villa Oro).

CAPITAL FEDERAL:

Hospital Borda - Hospital Santa Lucía - Hospital Infanto-Juvenil - Talleres Protegidos - Hospital Moyano

PROVINCIA DE SAN JUAN:

Hosp. Quiroga - Hosp. Rawson - Servicio Nacional Chagas.

PROVINCIA DE CORDOBA:

Complejo Asistencial (Bell-Ville) - Seccional San Francisco.

PROVINCIA DE LA PAMPA: Hospital L. Molas (Santa Rosa)

PROVINCIA DE ENTRE RIOS: Hospital Urquiza (C. del Uruguay) - Hospital Psiquiátrico - Hospital F. Heras (Concordia) - Hospital Rovallo (Paraná).

PROVINCIA DE NEUQUEN:

Hospital Pcial. Neuquén - Hospital Bouquet Roldan - Hospital S.M. de los Andes - Hospital Junin de los Andes - Hospital Centenario - Hospital Zapala - Hospital Chos-Malal - Hosp. Loncapue - Hospital Andacollo - Hospital El Chalar.

PROVINCIA DE SAN LUIS:

Hospital Concaran (San Luis) - Policlínico Regional (San Luis).

PROVINCIA DE TUCUMAN: Servicio Nacional Chagas

PROVINCIA DE FORMOSA: Hospital Clorinda - Talleres Protegidos - Hospital Central.

PROVINCIA DE JUJUY: Hospital Pablo Soria

PROVINCIA DE SANTA CRUZ: Hospital Río Gallegos

PROVINCIA DE MISIONES: Hospital C. Madariaga (Posadas) - SAMIC (Oberá) - SAMIC (El Dorado).

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

Entre el 19 y el 25 de julio se realizaron en Buenos Aires las VI Jornadas de Atención Primaria de la Salud y III de Medicina Social en las que participaron sanitaristas y trabajadores de la salud de todo el país y de Italia, Brasil, Chile, Estados Unidos, Uruguay, Cuba, Nicaragua, México y Venezuela.

Estos encuentros, que se realizan anualmente, cuentan con el auspicio del UNICEF, Greenpace Argentina, AAMES, CTERA, Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, y ATE.

Nuestro gremio presentó tres trabajos sobre Atención Primaria de la Salud (Chubut), Reconversión de Enfermería (Capital) y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Mendoza) y participó en los talleres y comisiones que funcionaron durante toda la semana. Además integró diferentes mesas y paneles. Lo que sigue son las exposiciones de los panelistas de ATE.



El nombre de este encuentro es "La situación actual y perspectivas de nuestro sistema de salud" pero, a nuestro entender, no existe a nivel nacional y provincial un sistema de

CARLOS CASSINELLI

Coordinador de la Rama Nacional de Salud de A.T.E.

Tema: **Situación actual y Sistemas de Salud.**

salud. Si existen algunas medidas aisladas, arbitrarias, unilaterales o bilaterales, como el decreto de los medicamentos que se hizo juntando la decisión y voluntad política del gobierno y 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, leí en un diario que el gobierno (que se supone debe proteger a la población) va a continuar con la política de congelamiento de salarios que comenzó hace dos años. Frente a esto pensé, ¡qué absurdo!, fui al diccionario y busqué la definición del término ABSURDO. ABSURDO es algo repugnante a las razón. Me pareció poco e insuficiente, ya que este congelamiento de salarios, por dos años, en término de repugnancia es poco. Entonces busqué otro término PERVERSO y dice que perverso es el desorden psíquico carac-

terizado por el hecho de hallar placer en cosas que ocasionan horror. Entonces junté repugnancia y horror y dió una buena combinación porque es lo que muchas veces uno siente frente a medidas que descuidan y atentan contra la salud pública. Frente a ésto, para fugarme de tanto horror, pensé en Ramón Carrillo, que es en quien uno se ampara para sostener que la mística es posible. Recordé cuando él decía que era imposible encontrar una solución sanitaria si ésta no va acompañada de una solución económica y social. La salud es consecuencia de algo mucho más general que la determina que es la política económica y social. 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 que está desregulado, flexibilizado, convertido. Este país que está ajustado, ¿cómo engancha la salud y el trabajo en este Primer Mundo, en este post modernismo?

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? ¿Cuánto vale el poder trabajar? ¿Qué significa el poder trabajar?. 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, que nos muestran cómo aumenta la tuberculosis, el chagas, como 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.

Frente a eso la salud pública, tal como la había concebido Ramón Carrillo, hoy no tiene cabida, es sólo una esperanza y no una realidad. Pocos ricos cada vez más ricos, muchos pobres cada vez más pobres, son el síntoma que revela la patología de una política oficial absurda y perversa que nos intenta convencer, ya no de que estamos mal pero vamos bien, ahora ha cambiado. Es tanta hoy la impunidad que ahora nos dicen que estamos bien pero vamos mejor. Entonces sacan índices de cuantos electrodomésticos se compran, cuantos coches se venden y con cuanta frecuencia se viaja al exterior. Vemos plasmados entonces dos modelos de país, el país de los pocos que tienen mucho, y el país de los muchos que tienen bastante poco.

La base social, salud, educación y seguridad social, se reducen y se privatizan. Porque ese es el negocio que les queda y frente a esta convocatoria nos queda decir que todos los trabajadores de salud y la atención primaria también se han depreciado como parte de esta historia de la salud y el trabajo. Equipo de salud desvencijado, desprotegido, con el salario que tenemos, con falta de capacitación, con pésimas condicio-

nes de trabajo, desjerarquizado y abandonado. Atención Primaria que como es buena y muy barata, no se usa porque queda fuera del negocio del sistema. Al sistema le interesa el negocio. Entonces lo barato y lo bueno no tiene cabida. Así 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, hasta se transfiere. Porque en esta retirada del Estado, en este ejemplo que tiene que dar la Argentina de ser mas papista que el Papa hay que hacer frente al ajuste retirándose. Entonces el Estado deja de tener fábricas de jabones y empresas de turismo, para también desatender la salud, la educación y la seguridad social. Desatiende sus obligaciones que están escritas en todos lados, hasta en una constitución nacional que hoy hay que cambiar. Hasta ahí nos protege nuestra constitución. Pero claro, como lo que se prioriza es el cierre de cuentas, entonces tendrán que ser los gobiernos Provinciales y las Municipalidades los que se hagan cargo de todo esto. Si pueden bien, si no también.

Pero sabemos cómo termina esta historia que hemos transitado, ya sabemos que se transfieren responsabilidades pero no recursos. Esto hasta acá, es un poco la descripción, la catarsis de algo que conocemos muy bien: la situación de los compañeros de la salud, de cualquier hospital, centro de salud, dispensario. Esto no es nuevo, ya que lo padecemos a diario. La descripción de una realidad, de la cual dan testimonio compañeros de Trevelín en Chubut, los compañeros de San Martín de los Andes en Neuquén, los compañeros de El Sauzal, 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.

Días atrás, en una asamblea de un hospital un compañero muy comprometido 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 gracias a la resistencia de los trabajadores de la salud y no gracias a la política de los Gobiernos Nacionales y Provinciales algunos de los cuales hasta cortan suministro de leche a menores de 2 años salvo que estén desnutridos - pareciera que hay que estar desnutrido para que el gobierno les de un kg. de leche en polvo -. Gracias a este esfuerzo, nosotros mantenemos los hospitales abiertos. Es gracias a ese esfuerzo que el Hospital no se cierra. Y no gracias a la decisión de ciertos gobernantes.

Entonces el tema crucial es preguntarnos ¿qué hacemos con todo esto? Conocemos esta realidad, que se agiganta con

el paso del tiempo, y es necesario, más allá de la resistencia cotidiana, pasar a un estado superior que es ver cómo nos organizamos? Cómo organizamos nada más ni nada menos que nuestra fuerza, ya que entramos en una disputa de poder. Estas medidas oficiales que se declaman por todos lados, están expresando un poder determinado.

Frente al poder determinado del sistema dominante, es necesario ofrecer un poder determinado desde nuestro lado, superando diferencias, matices, poniendo los ejes donde deben estar, que es defendiendo la salud popular, nuestro puesto de trabajo y nuestra condición de trabajadores. No renunciamos a vivir con dignidad, porque eso es lo que el sistema mas quiere: quebrarnos en nuestra creencia de que es posible transformar esta realidad.

Nosotros en y desde la ATE, culminamos un encuentro de delegados de salud de todo el país. Mas de 150 compañeros que reunidos analizamos, debatimos y profundizamos sobre la situación actual y la posibilidad de revertirla. Asumimos el compromiso de salir a la comunidad, de ganar a la comunidad en el tema de salud, de instalar la defensa de la salud pública



El sistema colectivo de financiamiento y cobertura de la salud en la Argentina están en crisis y con un alto grado de privatización ya consumada. Lo que ahora se pretende es terminar de destruir lo que pueda quedarle de solidario y universal.

Su crisis económico financiera comenzó hace varios años, a medida que fue cayendo el nivel de ingresos de los trabajadores.

Frente a esta crisis de financiamiento los sucesivos Gobiernos han ido aumentando progresivamente los aportes que se descuentan porcentualmente de los salarios.

tal como los trabajadores de la educación han instalado en la comunidad la defensa de la educación pública. Para eso hemos adoptado la medida de convocar el 19 de agosto en todas las localidades, a una jornada nacional de defensa de la salud y hospitales públicos con pintadas unificadas en todo el país, con mesas de esclarecimiento, actos, movilizaciones, conferencias de prensa, en donde expongamos en la comunidad el tema de salud. Ese día no sólo debe ser el día de los trabajadores de la salud, sino de la comunidad toda que se moviliza frente a una realidad angustiante, dolorosa. Realidad que significa juntar la fuerza organizativa 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, que es necesario cambiarlo. Tenemos que 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 de los Menem, los Cavallos, de la falta de respeto, de la hipocresía, nosotros, al igual que Serrat, sentimos que sin utopías la vida sería un ensayo para la muerte.

DIEGO CAPURRO

Director del Depto. de Obras Sociales de A.T.E.

Tema: **Seguridad Social y Camino a la Privatización.**

Otro aspecto de este deterioro económico se produjo a partir de la expulsión de sectores asalariados del sistema de cobertura de seguridad social y previsional, para incorporarse a lo que se denomina el empleo precario (que el gobierno a legalizado a través de una Ley), en el que no existe la relación de dependencia y por lo tanto, tampoco los aportes. En cuanto al modelo de gestión de las Obras Sociales ha sido utilizado permanentemente -pocos años después de su conformación como sistema organizado- como botín de guerra o prenda de pago, por aquellos sectores de interés político o económico que estaban próximos o incluso dentro de los gobiernos.

Nunca fue la salud de los trabajadores la prioridad en el momento de definir las acciones o la política de seguridad social, estimulada o propuesta por los organismos encargados de estas definiciones.

Dentro del modelo de gestión está instalada la corrupción independientemente de quién ha utilizado este sistema, su origen partidario, su origen político o su identificación, porque también una parte del movimiento obrero es responsable de la profunda crisis que vive el sistema. Es moneda corriente que para la contratación o el reemplazo de prestadores exista un 5 o un 10 o un 20%, o el porcentaje que haga falta para contratar un servicio que parezca que se brinda bien, más allá de su calidad. Esto se explica a partir del hecho de que la estructura de conducción de este sistema, por lo menos en los últimos 25 años, ha sido bastante anti-democrática con un componente de autoritarismo muy alto y sin ningún control o participación social tanto en la conducción como en la administración de las organizaciones. Son los gobiernos Nacional o Provincial, o algún sector oficialista, quienes manejan las Obras Sociales sin ninguna participación de los trabajadores, sus reales beneficiarios, en la conducción y contralor.

La última propuesta es el modelo prestador, que es un modelo cautivo del sector privado, que efectúa prestaciones sanitarias referidas a lo curativo y reparativo. No contiene estrategias de atención de la salud colectiva que le den a la atención médica la proporción que deben tener. Estrategias que vayan por caminos más integrales y no sólo por el médico asistencial. Esta es una característica muy seria del modelo prestador, a la que se le suma el empleo abusivo e inadecuado de la tecnología, que se incrementa día a día en detrimento del componente humano profesional de la atención de la salud.

Como último punto, los mecanismos de contratación y pago que emplea la seguridad social - que es la síntesis más representativa de la perversidad de este modelo prestador -, tienen dos modalidades fundamentales: uno es el modelo nomenclador nacional, que es una herramienta que ejecuta el pago de prestación. El otro, es la cápita que estimula la atención sanitaria en una dirección opuesta, ya que al cobrar una suma fija, cuanto más se presta, más beneficios económicos se mantienen.

Frente a esta crisis que vivimos, y que es muy grave, las propuestas que existen dan por sentadas muchas cuestiones, evitando así el análisis de todos sus componentes para jerarquizar sólo aquellos que a ellos les interesan.

En la Convención anual de Bancos, la consultora FIEL - que agrupa a empresas financieras y comerciales muy importantes de la Argentina - hizo una propuesta para el campo de la previsión social y las Obras Sociales. Dicha propuesta planteaba básicamente tres sistemas de atención médica, uno

para el sector sin recursos, sin capacidad contributiva regular, sin relación de dependencia aún teniendo trabajo, al que se sumaba a los jubilados. Para esta porción de la población, la propuesta coloca como responsable de la atención de la salud al Estado Nacional, Provincial o Municipal.

Un segundo nivel de prestaciones sería el equivalente al que hoy pertenece a las Obras Sociales, pero rompiendo la afiliación obligatoria y derivando los fondos que aportan los trabajadores para su administración, a instituciones de financiamiento similares a las administradoras de fondos de pensión que, en Chile manejan el sistema previsional. En este sistema, que abarcaría a los trabajadores con relación de dependencia, tiene como objetivo generar un mercado de capitales para la inversión con la plata de los trabajadores, y bajar el costo laboral del 6% a la mitad.

El tercer nivel es el privado, que ya existe.

Toda esta propuesta parte de la conclusión de que el sistema de financiamiento de la seguridad social funciona con un déficit promedio del 14 o 15%, y esto no es verdad. Como argumento esgrimen que la libre competencia va a hacer que la gente, naturalmente, seleccione a los mejores y más serios prestadores. Por otra parte está el proyecto del Gobierno Nacional, que a nuestro juicio responde a intereses sectoriales claramente definidos, como son las entidades de medicina privada prepaga. Este proyecto establece como mecanismo de financiamiento la cápita (se habla de 20 a 22 dólares), que no responde a un cálculo demasiado serio. Dicen que este importe surge de dividir la recaudación total de las Obras Sociales por la cantidad de beneficiarios.

Otro elemento que propone el proyecto oficial es el de la libre afiliación de los beneficiarios del sistema, que rompe la obligatoriedad que, por ley nacional tienen los trabajadores con relación de dependencia, de aportar a la Obra Social e incorpora, dentro de las opciones en materia de prestaciones, a las entidades privadas.

También existe una resolución del ANSSAL, que establece mecanismos de ajuste en las mismas instituciones de Seguridad Social. En este caso, se plantea un mecanismo estrictamente contable para cerrar las cuentas de las obras sociales algunas de ellas altamente deficitarias, bajando el nivel de prestaciones y agregando coseguros. Esto se traduce en pagos extra por parte de los trabajadores y en la reducción de la planta en los casos en los que las consideran muy numerosas.

Es evidente que en los últimos años no hubo propuestas surgidas de organismos del Estado Nacional que discutan estos temas y que hayan propuesto ni propongan soluciones concretas. Lo que si existe es una política sanitaria de ajuste de intrasistituciones que se corresponde con la que plantea el Estado Nacional a través del Ministerio de Economía.



JORGE HOFFMAN

Secretario General de ATE Santa Fe.

Tema: Seguridad Social y Camino a la Privatización.

Abordar el tema de la seguridad social para los trabajadores en la Argentina hoy, constituye, sin duda, 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 desde hace tiempo se está instalando en la Argentina, si entendemos la salud como el estado de ausencia de la enfermedad y si queremos ver qué tenemos que hacer en esta sociedad para que los trabajadores, la gente, no se enferme.

Para analizar esto, resulta necesario ver cuál es el contexto político-social histórico en el que hoy debatimos la problemática de la seguridad social. Resulta imprescindible hacer un diagnóstico sobre cuál es la situación de la salud en la Argentina y para saber cuál es la trascendencia de la seguridad social para los trabajadores deberemos ver las raíces mismas de este problema.

Tampoco podemos dejar de tener en cuenta 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. Se ve en los orígenes de las mutualidades, de las sociedades de socorro mutuo, de los mecanismos que la sociedad misma se dio para suplir la inexistencia de políticas estatales de salud. En el terreno de la seguridad social, la organización civil precede a la organización del Estado. Pero nadie puede negar la gravitación, la relevancia y el empuje que tuvo este aspecto de la organización con el surgimiento del gobierno nacional y popular del '45 al '55. 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 el marco de políticas globales de salud, que tendrían que dar una respuesta al conjunto de la comunidad y 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.

Si hablamos de salud no se puede dejar de lado la necesaria alianza de los sectores sociales sindicalmente organizados con el Estado en las políticas de salud.

La caída del gobierno popular llevó consigo 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. Un proceso de pérdida de poder de las organizaciones sindicales que provocaron 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 la Argentina, 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 de andar, el sindicalismo argentino optó por elegir un socio que estaba mucho de ser aquel que en el período del gobierno nacional y popular había ubicado a la salud como un elemento fundamental de los derechos del hombre.

Es conocida la actitud que tuvo el sindicalismo con el Sistema Nacional Integrado de Salud: se negó a concertar sus políticas con el sector público.

Si vemos cuáles son las consecuencias de estas políticas, podemos decir que la seguridad social argentina ya está privatizada. Hoy, el 80% del gasto de salud corresponde al sector privado, en forma directa o a través de los gastos de las

Obras Sociales que terminaron siendo nada más que agentes financieros de los sectores privados. Obra Sociales que en gran parte están en poder del Estado, como las de los empleados públicos provinciales, de las Fuerzas Armadas, de los Ministerios nacionales, y Obras Sociales que están en poder de grandes estructuras sindicales.

¿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, en la que cada 3 ó 4 minutos nos enteramos que al cólera se lo combate nada más que con dos gotitas de lavandina, y no con el agua potable, con las cloacas, con elevar los niveles nutricionales de la población. En la que todos los años aparecen epidemias de sarampión, en la que el Mal de Chagas ya ni siquiera se combate, en la que a la par de este proceso de privatización de la salud, los que menos tienen también subsidian este proceso privatizador a través del hospital público, porque ante la imposibilidad de los trabajadores de pagar los plus o de incorporarse a los sistemas prepagos terminan en el hospital, aliviando las arcas de las Obras Sociales y, en consecuencia, de los sectores privados. Una realidad en la que el Estado termina haciéndose cargo de la poca medicina preventiva que se hace o de la formación de recursos humanos. Donde terminamos subsidiando esta medicina porque el sistema impositivo hace que los impuestos al consumo sean 10 veces mayores que los impuestos por renta.

Lo 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 podría salvar porque la causa de su muerte se debe a problemas de falta de nutrición o problemas de pobreza.

Nos encontramos hoy con una seguridad social ya privatizada, incapaz de darle una respuesta a los trabajadores y con una política global de salud que termina subsidiando a este sector para dar una pésima atención a los argentinos. Una salud que tiene muy poco que ver con lo que definí como salud al principio, con la ausencia de la enfermedad, caracterizada por una percepción 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 al que, además de tener una dolencia física, le duele fundamentalmente el alma. Médicos que no ven más allá de la relación en la que le tienen que enseñar al paciente qué es lo que tiene que hacer, sin siquiera saber cuáles son sus verdaderos problemas.

Al Estado no le interesa que nuestros hijos consuman tal o cual medicamento o que contenga dipirona para calmar el dolor en los niños, aunque esta droga está prohibida en los países del Primer Mundo.

Nada se ha dicho desde este sector de la seguridad social respecto a la discusión que se dio sobre los medicamentos genéricos. Parece que no es un problema de las Obras Sociales. Hoy, el 30% del mercado de nuestro país del norte consume medicamentos genéricos y el 20% en Alemania. Acá no vi una sola declaración de los sectores vinculados a la seguridad social respecto a este tema, siendo este un país que consume en medicamentos alrededor del 30% del gasto total.

Se cierran los oídos y los ojos frente a lo que dice la OMS, que plantea que el gasto de medicamentos no puede exceder el 10%. Yo no creo que esto sea producto de la taradez, la estupidez o de la falta de inteligencia de los argentinos que tienen el manejo de la seguridad social. Esto 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. Tiene que ver con un esquema que nos exige replantear seriamente el actual sistema privatizado de seguridad social.

Tenemos que admitir que la dificultad que tenemos para instalar este debate se debe a que discutir a fondo esta cuestión significa discutir el actual esquema de poder económico instalado en nuestro país y que no viene solamente del actual proceso económico que consolida el proceso de estado hace muchos años.

Desde nuestra perspectiva, se trata 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 despersonaliza al paciente sino que, además, pocas veces responde a las necesidades 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 entendiendo que la salud se combate combatiendo la miseria.



CLAUDIO LOZANO

Director del Instituto de Estudios de Estado y Participación de A.T.E.

Tema: **El Financiamiento del Sistema de Salud**

Hemos vivido más de una década de predominio de políticas de ajuste que han definido una agenda de recomendaciones para el conjunto de las políticas sociales en las que aparecen privilegiados tres ejes fundamentales: la descentralización, la privatización y la focalización. El campo de la salud no ha sido una excepción, de modo que, también en él, estos ejes han estado presentes como discurso y como planteo.

En este marco, vivimos una transformación, en la concepción respecto al derecho a la salud. En ella crecientemente se ha tendido a desdibujar el papel del Estado y en donde han ido ganando un protagonismo creciente el rol que, en materia de garantías, debería ocupar el mercado. Así las cosas parece lógico que la discusión sobre la cuestión de la salud tenga una arista evidentemente financiera en el modo en el que se plantea el debate. Se afirman, por lo tanto, criterios que por un lado convalidan la tendencia creciente a la privatización de la medicina, a la progresiva estratificación de los niveles de cobertura médica en relación con los distintos ingresos poblacionales y a la renuncia expresa del Estado a su papel rector, en un área tan clave como la cuestión que estamos discutiendo.

Es el efecto de un modelo que, en lo económico, ha eliminado —e incluso no parece tener límite porque persiste en esto— prácticamente todo mecanismo de redistribución de riquezas. Y que en lo político 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 que, 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 sanidad desde una perspectiva puramente médica. Renuncia así 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 debería considerar el conjunto de los componentes que forman parte del sistema —tanto al sector público, como a las Obras Sociales, como al sector privado— y sin embargo el centro de la reforma sanitaria parece descansar en la reforma al régimen de Obras Sociales. En suma, se consideran sólo las cuestiones financieras y algunos de los 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, a un conjunto de factores que debieran estar también en la agenda de debate.

Que sólo se ponga en discusión el régimen de las Obras Sociales como determinante de la cuestión revela, en principio, que lo que está en discusión es el reparto de un mercado que, cifras más cifras menos, supera los 2.500 millones 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—, hasta la devolución del manejo de los fondos en base a discusiones y prebendas de carácter corporativo, en las que 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 nivel de vida se multiplican las demandas poblacionales sobre los bienes y servicios públicos de carácter gratuito. En segundo término, que se mantienen

formas de recaudación fuertemente regresivas e injustas. En tercer término, que ante cualquier proceso de achicamiento del nivel de actividad, 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.

Tampoco se han alterado otras cosas, como que los asalariados pagan varias veces su derecho a la salud. Lo pagan como sujetos prioritarios en la cuestión tributaria, como pagadores de diversos co-seguros y como consumidores del mercado interno. No se ha alterado tampoco el hecho de que buena parte de los recursos del sistema (prácticamente el 70%) tiene como destinatario aprincipal al sector privado. Este último dato resulta indispensable para evaluar el rumbo que adoptó el propio 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 en el que el que puede pagarlo sigue usándolo y el que no, concurre a un Hospital Público.

El predominio del sector privado tampoco puede dejarse de lado, en principio, por la primacía que ha adoptado, dentro del sistema de salud en la Argentina, una estrategia de salud puramente curativa, sin acciones de promoción y prevención, cautiva del sector privado y con mecanismos de contratación y pagos perversos que han privilegiado tecnología innecesaria, y en el que 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 queda a la Secretaría de Salud a nivel nacional para poder incidir en las características y el destino del gasto. Aspecto que, seguramente debe tener algo que ver con el nivel inusualmente alto que, en aparatología y en medicamentos, presenta el gasto en nuestro país.

Todos estos elementos básicos no se han alterado porque el programa en curso muestra, primero, un nulo intento por modificar la pauta distributiva de los ingresos a nivel de la sociedad argentina, por dos razones. En principio, porque pese a lo que señala el proyecto oficial de reforma al régimen de Obras Sociales, el deterioro en la participación asalariada es uno de los componentes a tomar en cuenta respecto a los límites, que en materia de cobertura y caída de los ingresos, han estado presentes en el marco de la crisis global del sistema. 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.

No se pretende modificar la pauta distributiva porque se ha instalado una especie de norma en la que se establece el criterio de negociar salarios por productividad. Con esto se tiende a pautar que esta distribución que tenemos hoy la tengamos en el futuro. Determina, también, que se promuevan las feroces diferencias salariales al interior de los propios trabajadores entre aquellos que forman parte de firmas con alto nivel de productividad y aquellos que forman parte de firmas con bajo nivel de productividad. Estos elementos se observan, incluso, en la propia propuesta de reforma al régimen de Obras Sociales, que si bien tiene un punto interesante en 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 lo que se hace, en primer lugar, es una 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.

Por otro lado, no hay ningún signo que demuestre que se quiere alterar el patrón impositivo en la Argentina. Mantiene la regresividad de antaño y peor aún, se profundiza, ya que más del 80% de la recaudación en nuestro país se concentra en impuestos de carácter indirecto, lo que tiene dos inconvenientes. El primero es que es injusto. El segundo, es que en tanto tenemos impuestos vinculados al nivel de actividad, si después de esta etapa de reactivación (que de algún modo se ha vivido) sobreviene una de caída del nivel de actividad, caerán los recursos; por lo que se profundizará la restricción de los mismos y se fortalecerá la presión a la reducción del gasto.

En tercer lugar, es importante destacar que el incremento en la recaudación impositiva que se dió en la Argentina en el último año no tuvo por destino financiar gastos sociales. El gasto social se mantiene o cae. El gasto en salud cae en relación al año 91., mientras se reanudan los subsidios a los grupos empresarios.

A partir de junio de 1991, se reanudaron, vía un decreto del P.E. los subsidios en materia de promoción industrial que tienen un valor de 3.441 millones de dólares al año, según evaluaciones de la propia Dirección General Impositiva. Y para que uno pueda compararlo mínimamente, el presupuesto nacional, para 1992 contempla 685 millones de dólares en materia de erogaciones en salud, que limpias del fondo de reconversión de Obras Sociales, se reducen a sólo 467 millo-

nes. Compárense 467 millones con los 3.441 millones que, en base al régimen de promoción industrial sirven para financiar mecanismos que promueven mayor desintegración productiva.

El cuarto elemento es que el proceso privatizador que se ha dado luego de la venta de Aerolíneas Argentinas, de ENTel, de YCF, y de alguna de las partes de SEGBA, muestra que sobre el total recaudado -4.015 millones de dólares - el 50% fue a parar a la deuda externa, deuda interna y a avales que tuvo que levantar el Tesoro Nacional. Este fue el destino del grueso de los recursos. El 28% fue al sistema de seguridad social, pero, ¿a donde fue?. Fue a resolver los problemas de las cajas previsionales, pero no para aumentar los haberes jubilatorios sino para cancelar deuda y aumentar la capitalización de las cajas para afrontar el período de transición que sobreviene en el pasaje a la jubilación privada, en donde el Estado va a carecer de por lo menos la mitad de los aportes. Es decir que si el 50% de lo recaudado por privatizaciones tiene por destino el pago de deuda, tampoco estamos en presencia de aquel apotegma liberal que dice que el remate de empresas va a tener por destino financiar aquellas indelegables funciones a las que el Estado, de ningún modo, debería renunciar.

A esto se le 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 aumenta en los años que siguen. Se agrega también una propuesta de reforma al sistema de Obras Sociales en la que, por un lado, se trastoca en el diagnóstico la realidad de la crisis del sistema para no cuestionar el efecto que tiene el cambio en la pauta distributiva sobre la crisis y, por el otro, se hace aparecer a la regulación estatal únicamente como proclive a salvaguardar los intereses oligopólicos y minoritarios y desde ahí se fundamenta la necesidad de desregular. Parece que no habría ningún otro tipo de Estado posible.

En tercer lugar, se desvincula al Estado de todo control de la calidad de las prestaciones. Se le transfirió ingenuamente la "potestad al beneficiario" sabiendo 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 en materia de auditorías 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 a la rebaja de la prestación al posibilitar la reducción de los aportes (está previsto dentro de la propia ley). Vista la permeabilidad que tiene el P.E. en la negociación de los asuntos más importantes, demostrada cuando no tuvo

ningún empacho en devolver el control de las Obras Sociales para evitar el paro, durante la negociación con organizaciones sindicales que han transformado su estructura sindical en control del conflicto social, antes que en correa de transmisión de las demandas de los trabajadores. Si hubo permeabilidad para esto, como no la va a haber para la demanda permanente del establishment local respecto de la necesidad de reducir los costos empresarios que involucra, entre otras cosas, la reducción del aporte en materia de salud.

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 en materia de política estatal, destinada a lograr una sociedad más homogénea e igualitaria. Habida cuenta de la profundidad que tiene el proyecto en curso, parece ingenuo caer en señalamientos de carácter instrumental. Sin embargo, la recomposición del patrón de financiamiento, en el área de la salud como en otros campos de la política social, tiene un sólo nombre: redistribución de ingresos. Puede ser de impuestos, o a través de reprogramar los subsidios monumentales que perciben los grupos empresarios, o a través de las políticas de ingresos, tanto de salario como de empleo. Pero debe darse en el marco de un sistema de salud que planifique y 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 las Obras sociales en función de fortalecer una 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 de participación y debate de la cuestión sanitaria. En la situación en la que nos encontramos, la estrategia de democratizar al extremo todas las estructuras, tanto políticas como sociales y estatales, es una condición indispensable para que seamos capaces de evitar, en principio, que el Estado siga pareciéndose cada vez más a un comité de negocios de las clases dominantes. La democratización de las estructuras es indispensable para garantizar que la democracia no se parezca cada vez más a un sistema formal y restringido y que las políticas sociales tengan un rol de distribución y no de factor de legitimación o de cooptación en un proyecto que excluye a capas importantes de la población en nuestro país. Estrategias que, al carecer de recursos fiscales abundantes, tienen corto aliento y que, cuando se acaban, dan lugar a argumentaciones absurdas que comienzan a ver a senderistas infiltrados en escuelas y en hospitales ante cualquier intento comunitario de rectificar el rumbo en curso.



VICTOR DE GENNARO

Secretario General de ATE

Tema: La Articulación de los Movimientos Sociales con lo Político.

"Quisiera incorporar algunas reflexiones que aparecen como necesarias después de una semana de trabajo intenso, de conocimiento y profundización de los aspectos más dramáticos de esta creciente marginalidad e injusticia que produce este modelo, y que se evidencia tan claramente en el deterioro de todo el sistema sanitario.

Esta situación que genera tantas ansiedades, odios e impotencias exige de nosotros el análisis profundo de las distintas experiencias para encontrar los caminos de construcción de otra alternativa. Es necesario polemizar y debatir sin mezquindades ni sectarismo, ni verdades reveladas.

Asistimos a una crisis muy profunda que se manifiesta tanto en los partidos políticos como en los militantes sindicales, sociales y los de todos los sectores que tenemos el objetivo, las ganas y la responsabilidad de su construcción.

Esta crisis es muy profunda, es cierto: yo mismo, como secretario general de un gremio que tiene un alto grado de organización, que crece día a día desde una actitud contestataria a este modelo, no puedo menos que sentir la impotencia que genera el hecho de que esta herramienta hoy resulta insuficiente no solo para alcanzar un buen salario, sino hasta para defender un puesto de trabajo. En los últimos tiempos el retiro voluntario, que es una realidad una forma de despido encubierto ideada por este modelo, termina siendo aceptada por los compañeros ante la falta de poder concreto y real de los trabajadores y sus organizaciones para parar esta bola que avanza sobre nosotros, que es la aplicación sistemática del modelo liberal.

Lo primero que tenemos que plantearnos es que estas herramientas que hemos ido construyendo y que son del conjunto de los trabajadores son y van a ser enfrentadas

desde el esquema sindical que pretende este modelo. Pero también empiezan a estar -y van a ser- cuestionadas en la medida en la que no seamos capaces de cambiarlas hasta transformarlas en una herramienta útil para la construcción de una alternativa.

Como punto de partida, uno tiene que definir si realmente cree que existe la oportunidad de construir esa alternativa. Nadie puede convencer a otro si no esta internamente convencido de que vamos a ser capaces de reconstruir nuestro propio poder para cambiar esta situación. Este modelo no es el único ni es el racional, y nuestra actitud fundamental debe ser la de la resistencia. Por citar ejemplos de su irracionalidad bastaría mencionar que no es racional que en nuestro país, que fue granero del mundo, tengamos que soportar que más de trece millones de personas padezcan hambre y vivan por debajo de la línea de pobreza. No es racional que en un país en donde está todo por hacer existan 4.000.000 millones de compañeros -la tercera parte de la población económicamente activos-desocupados o sub-ocupados. Esto tiene una sola racionalidad, la de seguir transfiriendo la riqueza del pueblo, la que generamos los trabajadores a, cada vez, menos manos, que tienen nombre y apellido: los Bunge & Born, los Pérez Companc, los Techint, los grandes acreedores internacionales. No es la racionalidad para un modelo de país viable para nuestro pueblo.

En la última década Latinoamérica pagó solo en concepto de deuda externa más de trescientos cincuenta mil millones de dólares, mucho más de diez veces lo que significó el plan Marshall para Europa. Es falso que no haya capitales para desarrollar otra racionalidad, lo que falta es una voluntad política capaz de cortar la mano a los que se llevan los capitales, a los que están exportando la potencialidad que

tenemos. Lo vimos en las privatizaciones de ENTEL y Aerolíneas, con la entrega del petróleo y con la entrega de las riquezas de nuestro país donde los recursos que se generaron no fueron puestos en movimiento para cambiar esta situación.

Este poder, que hoy es cuestionado, es el que a su vez nos cuestiona a cada uno de nosotros, si somos capaces de creer que tenemos derecho a recuperar nuestro poder. Porque la democracia no es sólo la elección partidaria sino la democratización económica, política, social que permita que el pueblo sea el auténtico poder de nuestro país. Si nosotros creemos que es posible recuperar este poder al que tenemos derecho, quizá podamos repensar las estrategias. La resistencia es la base para poder aspirar a otro poder, pero además de resistir hay que construir una alternativa de poder político diferente.

Quiero rescatar la palabra política, palabra devaluada que nos quieren vender como una simple elección de cargos electorales, cuando política es construcción de poder, capacidad de poder. Esto no significa que esté en contra de lo electoral, porque por algo hemos luchado tanto por la democracia. Y, si bien es cierto que la mayoría de los partidos han traicionado el mandato popular tergiversando esa capacidad de poder que había en las organizaciones sociales, también es cierto que podemos estar orgullosos de muchos compañeros que han sabido estar a la altura de los acontecimientos cuando les tocó ocupar cargos de concejales, intendentes o diputados. Nosotros mismos tenemos el orgullo de contar, como organización, con un compañero que tuvo la responsabilidad de estar en el Parlamento y cuando tuvo que elegir entre los trabajadores y el pueblo o la falsa lealtad partidaria. eligió el lado del pueblo y fue valiente en la lucha contra las privatizaciones. Me refiero a nuestro compañero Germán Abdala.

La actividad social, la resistencia a este modelo no tiene diferencias entre peronistas, radicales, socialistas o independientes. Empieza a haber intereses concretos como consecuencia de los males de este modelo y comenzamos a vertebrarnos, a incorporarnos, a construir, a entrelazarnos entre los distintos sectores, supuestamente divididos por lo partidario. Y terminamos expresando un poder diferente porque enfrentamos al modelo, que claramente es el que impone las reglas de juego, desde una construcción que no es el sálvese quien pueda o la salida sectorial.

El modelo quiere que nos peleemos entre nosotros. Los que trabajamos contra los desocupados, los padres contra los docentes, las enfermeras y los médicos contra los pacientes.

El poder intenta que aceptemos, unos contra otros, el

sálvese quien pueda que es el meollo del modelo neoliberal. Dicen que el hombre es el lobo del hombre, y lo dicen sin ningún escrúpulo, como que no hay otra alternativa. Hace muy poco tiempo vimos la propaganda por todos los medios, T.V., diarios, de un sindicato donde aparecía un dirigente que decía "por el sindicalismo que viene". Parecía una reunión de directorio. Esa foto, hace dos décadas atrás no la hubiera sacado ese dirigente para hacer propaganda, la hubiera sacado la oposición para mostrar que iban a elegir a un tipo que parece un ejecutivo que defiende un modelo de sindicato que es un aparato que da servicios. Un sindicato que está subordinado al poder político-económico de los sectores de la propiedad. Esto es lo que hoy se vende como lo único.

No es un modelo que está alejado del proyecto neoliberal. Hoy una central sindical no sólo dice que no hace política, sino que, además, agrega que como está de acuerdo con el modelo implementado por el gobierno deben apoyarlo porque es la garantía para llevarlo adelante. Está en paz a cambio de abandonar sus reivindicaciones para defender el modelo.

Si existen fuentes de trabajo defendidas en algún lugar de nuestro país es gracias, no solo a la fuerza del sindicato, de los trabajadores dentro de una empresa, sino gracias a una fuerza social diferente. En Río Turbio, si todavía está abierta la mina a pesar de los dos gobiernos que la quisieron cerrar, es porque se movilizó toda la ciudad, toda la comunidad de Santa Cruz. Porque todo el pueblo salió a defender una fuente de trabajo, como en Bragado, en Vila Constitución o en la gran marcha de 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 la defensa de la educación. Hoy hemos aprendido que también empieza a haber una solidaridad nueva, mucho más importante, que es la solidaridad social, política, con la que lograremos un cambio en la relación de fuerzas.

Si no somos capaces de contraponer otro poder popular, no vamos a poder resolver los problemas graves de esta creciente marginalidad que genera este modelo. El plan Brady, que se acaba de firmar, es una nueva vuelta de tuerca contra los sectores populares. Ya no se trata de privatizar Aerolíneas, Entel o lo que supuestamente estaba lejos de la gente. Hoy se quiere privatizar la salud, la educación, la previsión, quebrar los últimos elementos de solidaridad social que tenía nuestro pueblo. A este modelo se lo enfrenta resistiendo y siendo capaz de construir un poder alternativo. Hay que dejar de echarle la culpa al que está al lado y de delegar nuestra

capacidad de poder en el otro, tenemos que empezar a ser concientes de nuestro propio poder, de nuestra propia responsabilidad como dirigentes de todos los niveles, nacionales, sectoriales, sociales, políticos, de organismos. Tenemos que

empezar a dejar de lado mezquindades, los sectarismos y superar las limitaciones, para unificarnos en la verdadera acción cotidiana de resistir y construir poder. Eso es lo único que espera y ansía nuestro pueblo.



ASOCIACION TRABAJADORES DEL ESTADO

Personería Jurídica y gremial Nº 2

ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRAS DE IMPRENTA

SECCIONAL		
APELLIDOS		
NOMBRE		
DOMICILIO PARTICULAR		
LOCALIDAD	COD. POST.	PROVINCIA
MINISTERIO	SECRETARIA	
REPARTICION	FECHA DE INGRESO A LA REPART.	
PROFESION	ESTADO CIVIL	
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NAC.
Nº DE CEDULA DE IDENT.	LE/LC/DNI	
LEGAJO Nº	JUBILADO Nº	

DECLARACION JURADA DE GRUPO FAMILIAR A CARGO

	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	APELIDO Y NOMBRE
CONYUGE			
HIJO			
HIJO			
HIJO			
HIJO			
HIJO			
HIJO			

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración: _____

Firma del interesado _____ Fecha _____

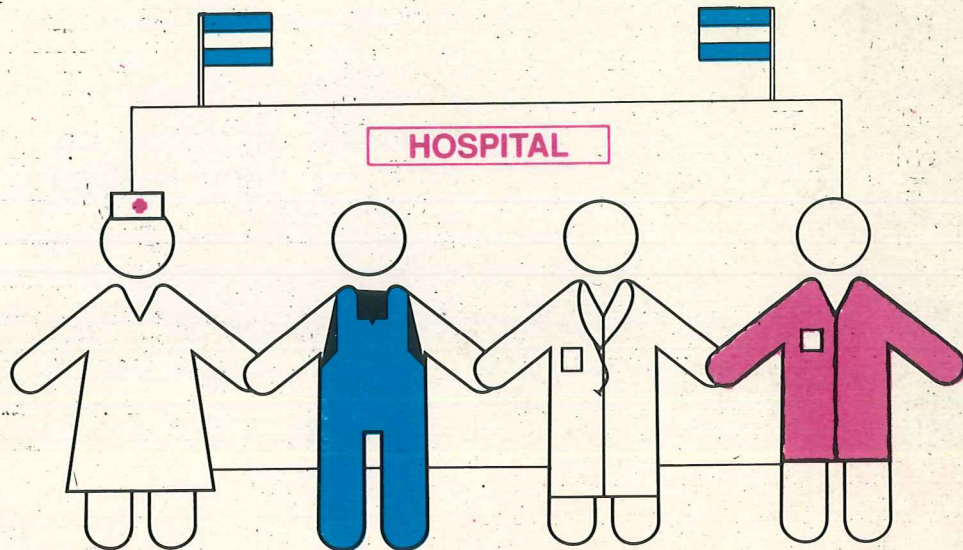
PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSEJO

SECCIONAL	NAC/PROV	ORG/MINIST.	REPARTICION	SECTOR			FECHA DE INGR. A.T.E.

NOTA: Con esta ficha Ud. queda afiliado a A.T.E. Entréguela en su seccional, delegación o a su delegado, o mándela por correo al Consejo Directivo Central de A.T.E. - Depto. Afiliaciones, Av. Belgrano 2527 (1096) Capital Federal.

ATENCIÓN
PARA TODOS

EL NEGOCIO DE LA ENFERMEDAD TERMINA CON LA SALUD



- Salario justo
- Carrera sanitaria
- Jubilación adecuada
- Condiciones de trabajo dignas
- Cumplimiento de las medidas de bioseguridad

Defender al Hospital Público es cuestión de vida o muerte.

AFILI

