

BASES PARA LA DEFINICIÓN DE UNA POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN  
GOBIERNO DE TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA

Eleuterio Rodríguez Neto \*

El sector salud es, evidentemente, uno de los más claramente afectados por la política económica.

Los efectos perversos de la economía centralizadora, expoliadora, y más recientemente recesiva sobre el sector, se producen principalmente en tres niveles: por un lado agravando las condiciones de vida y salud de la población, dificultando su acceso a bienes esenciales, haciéndola más vulnerable a las enfermedades y otros riesgos para la salud; por el otro, impidiendo el acceso regular a los servicios, así como a los medicamentos disponibles, como los medicamentos; y también induciendo en el sistema prestador de servicios distorsiones originadas en el proceso de acumulación de capital interno al sector o en el de insumos, produciendo una baja efectividad en cuanto al abordaje de los problemas de salud prevalentes.

Así, desde el punto de vista de sus determinantes, la mejora de las condiciones de salud de la población sólo puede resultar de una política económica socialmente justa que permita condiciones de vida más adecuadas a la mayoría de la población.

Sin embargo, como condicionante y agravante, la política sectorial propiamente dicha también debe someterse a los mismos dictámenes de organización democrática, en una dirección de universalización y equidad, en la atención de los problemas de salud de la población, en términos de acciones de promoción, prevención y asistencia.

Las soluciones alternativas propuestas para la adecuación del sector merecen por lo tanto un análisis para que puedan ser expurgadas y seleccionadas, dado que se encuentran fundamentadas en posiciones no siempre orgánicas con los intereses realmente mayoritarios desde el punto de vista de la población.

A continuación, a partir de la comprensión de la problemática de salud vivida por el pueblo brasileño, y de las falencias de su sistema de prestación de servicios, se pretende discutir algunas tendencias principales en términos de concepciones organizacionales del sector, propuestas para el abordaje de tal situación, optándose por una de ellas, que se considera técnicamente aceptable y viable, así como políticamente adecuada, en la actual coyuntura económica, política y social del país.

A partir de la estrategia propuesta, se discuten algunos aspectos críticos que la condicionan y que están sometidos a decisiones de carácter político, a fin de que se pueda detallar el modelo desde el punto de vista de su perfil técnico-operacional

\*Profesor de la Universidad Federal de Río de Janeiro y de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Olivaldo Cruz.

## Las propuestas alternativas para la reorganización del sector

Frente a las reconocidas insuficiencias financieras y técnicas del sector, así como su bajo impacto social, el mismo viene siendo, desde hace años, objeto de preocupación en términos de identificar las alternativas para enfrentar las crisis que a menudo se presentan.

Evidentemente esas propuestas alternativas se basan en concepciones diferentes y hasta antagónicas sobre el sector, de acuerdo con sus correspondientes proyectos político-ideológicos para la sociedad en general.

Así, desde la década pasada, se vienen enfrentando algunas corrientes, en tentativas de habilitarse para ocupar los espacios abiertos por la insolvencia del actual modelo, fruto especialmente de la crisis de la Previsión.

Con variaciones circunstanciales, se puede afirmar que esas propuestas pueden ser representadas por tres tendencias principales :

### La propuesta "conservadora"

\*Características : Defiende básicamente el mantenimiento del modelo pluralista actual, basado en la compra de servicios al sector privado por parte del sector público, en especial la Previsión Social; al Ministerio y Secretarías de Salud corresponde el papel complementario de promoción de acciones colectivas y atención a la población carenciada.

Atribuye las insuficiencias actuales de ese modelo a la coyuntura económica, que contrajo el presupuesto del sector, y a la deficiencia técnica del control de los servicios por parte del poder público, acusado de inepticia. Esa propuesta es sostenida por la alianza entre dos elementos - los empresarios hospitalares y los productores de equipamiento e insumos, y los profesionales médicos neo-liberales que, defendiendo una relación médico/paciente individualizada, encuentran en el Estado la única condición para viabilizar financieramente ese proyecto, a través de la acreditación de médicos y odontólogos para la Previsión Social.

\*Implicaciones : Ese modelo, basado en la oferta de servicios por parte del sector privado viene demostrando, a lo largo de los años su extrema voracidad financiera, responsable por la inversión de las prioridades asistenciales del sector, en la medida de la mayor lucratividad de las actividades de carácter capital-intensivo que caracterizan la tecnología diagnóstico-terapéutica actualmente disponible pero no siempre adecuada y necesaria para el abordaje de los problemas de salud prevalentes.

La gran capacidad instalada en el área hospitalaria y en la de actividades diagnóstico-terapéuticas, ( aunque mal distribuida) tiende a generar y orientar la demanda compitiendo con una organización más racional de los servicios en términos de acceso a los servicios más simplificados que, bajo criterios técnicamente definidos, encauzarían los casos que lo necesitaran hacia los niveles más complejos ( hoy mayoritarios desde el punto de vista de la oferta).

Por otro lado, la relación de compra-venta, tal como se ha establecido, viene generando distorsiones en la calidad de la asistencia, en la medida en que este sistema no está motivado o estimulado para lograr resolutivez en la atención; por el contrario, siendo conocido como "la industria de la enfermedad", dado que ésta es su principal insumo. Se debe también estar alerta ante el hecho de que los defensores de esa "medicina" defienden también la atención individual y curativa como un derecho resultante de la contribución a la Previsión Social. Con ello, rechazan la universalización de la atención a la salud como derecho de ciudadanía - para tener asegurado sin competir con las otras actividades sectoriales ( acciones colectivas y de promoción y prevención, así como sobre el medio ) el flujo de recursos originario de la Previsión Social para la viabilización del empresariado médico-hospitalario ( hospitales y clínicas)

Esa forma de organización empresarial del sector es considerada por otras corrientes capitalistas como "atrasada" dado que no incorpora una dinámica empresarial más competitiva y es totalmente dependiente de la tutela directa del Estado. Por eso mismo, tal vez es más factible de ser sujeta a normas disciplinadoras que un gobierno legítimo pueda proponer.

Esa consideración debe hacerse porque, aunque esa forma de organización sea hoy hegemónica y creticable, incluso en una alternativa democratizante, el sector hospitalario privado tendrá que ser considerado como conjunto complementario ( y significativo) al sector público, dadas sus dimensiones y las actuales insuficiencias de éste en el nivel hospitalario.

#### La propuesta modernizante/privatista

\* Características : Propone una "modernización" del sector, desde el punto de vista de su mayor organicidad con las reglas capitalistas del mercado, defendiendo una mayor autonomía concurrencial entre los prestadores de servicios privados, suponiendo de allí una tendencia a una mejora de las relaciones costo/beneficio en el sector.

Concretamente, la propuesta contempla una separación del poder público de la prestación de servicios de salud a la población urbana y regularmente inserta en el mercado de trabajo. Al Estado competirían las acciones de alcance colectivo y la prestación de servicios a la población rural o carenciada, dado que esos agrupamientos no podrían asegurar por sus bajos ingresos o por su dispersión la lucratividad estimuladora de la organización empresarial.

Hay variaciones entre los diferentes proyectos de esa línea. Uno de ellos defiende el modelo de "medicina de grupo" y de "convenio-empresa", modalidad ésta respaldada por la Previsión Social desde 1964, pero congelada en términos de expansión desde

1979. Representa hoy una cobertura de cerca del 5% de la población previsional. Este tipo de convenio, establecido entre el INAMPS y una empresa cualquiera, delega a dicha empresa la responsabilidad sobre la atención médico-hospitalaria de sus empleados, mediante un subsidio per cápita traspasado a la empresa. Esta, presta directamente la asistencia o ( en la mayoría de las veces) contrata a una firma prestadora, casi siempre las "Empresas de Medicina de Grupo". El empleado pierde el derecho a otro tipo de atención por parte de la Previsión Social, salvo algunas excepciones, como el tratamiento de alto costo o las enfermedades crónicas. Otra corriente en este grupo define la organización de la población en forma autónoma, valiéndose de sindicatos y otros tipos de organizaciones para proporcionar, mediante esquemas "cooperativos" de contribución, los servicios de salud necesarios. Algunas de esas propuestas tienen un alto nivel de detalle organizacional, pudiendo, a partir de una decisión política, y del actual descrédito de la asistencia de salud oficial, ser implantadas con cierta rapidez, especialmente valiéndose de la industria de los seguros de salud que, ostensiblemente procura plantearse como alternativa de las actuales modalidades asistenciales del sector

\* Implicaciones: Aunque en un primer momento esa propuesta pueda parecer más racional, y atender tanto a los reclamos inmediatos de la población relacionados con una atención médico-hospitalaria más personalizada, como al problema de mejorar las relaciones costo/beneficio en el sector, aportando una imagen de modernización, ella puede tener serias consecuencias, desde el punto de vista técnico y político-ideológico. Ello deriva de su propósito de dar más organicidad capitalista a la organización interna del sector. Las implicancias negativas de esa concepción para una democratización sectorial son innumerables: en primer lugar, supone la discriminación de la población en dos segmentos - el de los asegurados y el de los carenciados, en flagrante negación de la salud como derecho de ciudadanía; por otro lado, parte del presupuesto de la ley de la libre competencia entre pequeñas empresas, cuando se está en una etapa monopólica del capitalismo, con evidentes y conocidas tendencias a la cartelización, con intereses inclusive de grupos multinacionales actuantes en la prestación de servicios de salud; también, aunque ese modo de prestación de servicios estimule la resolutivez de la atención y la racionalidad de la organización de servicios, la lógica acumulativa puede inducir a una serie de distorsiones, inclusive en los aspectos éticos de la práctica médica, situación sobradamente conocida en los actuales "convenios-empresa"

Como componente de esos problemas éticos, se debe mencionar la cuestión del trabajo asalariado del médico bajo condiciones insatisfactorias y excesivas de trabajo desde el punto de vista técnico y principalmente el problema del control de la fuerza de trabajo, ejercido a través de esa práctica asistencial. Es decir, el uso del cono-

cimiento médico para la selección y rotación de la mano de obra, además de los problemas de control de la productividad y otros expedientes inaceptables desde el punto de vista ético profesional.

Se debe además advertir el hecho de la competencia que ese sector privado representará para el sector público, que será cada vez más marginalizado y marginal, abriendo cada vez más espacio a la privatización más absoluta de la prestación de servicios de salud, cuando se sabe que, en muchas sociedades capitalistas los sectores sociales han sido preservados del proceso de acumulación interna como forma de compensar los efectos perversos de la acumulación sobre el nivel de vida y de salud de la población.

Sin embargo, a pesar de sus inconvenientes como modelo hegemónico de prestación de servicios, corregidas ciertas distorsiones, especialmente las de carácter ético, a través de un control social más efectivo (por usuarios y profesionales) es posible y hasta deseable que esa modalidad pueda ser objeto de elección de agrupamientos poblacionales que tengan condiciones de sostener (individual o colectivamente) formas de seguro, así como ofrecida, por empresas que así lo deseen, a sus empleados. Así, la iniciativa privada puede ser realmente una fuerza auxiliar en el sector, siempre que no sea alternativa excluyente del sector de salud oficial y sí opción individual

#### La propuesta racionalizadora:

\*Características : El cuerpo doctrinario que proporciona apoyo a esta propuesta, supone la salud como un derecho de ciudadanía y por lo tanto basada en :

- responsabilidad del Estado sobre el sistema de salud; sector privado complementario y subordinado
- integración inter-institucional
- organización de los servicios en una red única, regionalizada y jerarquizada, con mecanismos de referencia y contra-referencia de la clientela;
- universalización y equidad en la atención de la población, con garantía de acceso de la población a todos los niveles de atención.
- descentralización de la planificación y ejecución, con papel fundamental de los niveles estatales y municipales;
- participación entendida como mecanismo de control social sobre el sector (definición de necesidades y control de calidad );
- planificación de acciones a partir de necesidades epidemiológicamente determinadas;
- integralidad de las acciones de salud; eliminación de la dualidad ( inclusive institucional) entre acciones individuales y colectivas, preventivas y terapéuticas;
- articulación conceptual, programática y metodológica entre los sectores de formación ( educacional) y de utilización (servicio) de personal de salud.

Este modelo ha sido ya objeto de varias propuestas oficiales y no oficiales, en

los últimos años. En diferentes ocasiones en que se presentaron crisis financieras en la Previsión Social, fue señalado como alternativa posible. El Plan de Reorientación de la Atención de Salud en el Ambito de la Previsión Social elaborado por el CONASP (Consejo Consultivo de Administración de Salud Previsional) y aprobado por el gobierno en agosto de 1982, contienen teóricamente esos elementos, a pesar de ciertas incoherencias e inconsistencias derivadas de la amplia composición de la que fue resultado, así como del momento recesivo que lo determinó y condicionó.

Incluso así, su componente más depurado, que pasó a ser conocido como estrategia de "Acciones Integradas de Salud" y aprobado como política de reorientación sectorial (MS/MPAS/MEC), aunque explicita los mecanismos necesarios para su viabilización, no ha encontrado condiciones políticas y financieras para su efectivización, hecho derivado de la falta de legitimidad del actual Gobierno y de la no adecuación de la estructura de financiación sectorial.

Por otro lado, la propuesta hoy ensayada, de convenios entre los niveles federal, estadual y municipal, para el desarrollo de los sistemas de salud estatales, contiene un fuerte tono recesivo, preocupado excesivamente con la contención de gastos, llevando a una baja inversión en la expansión del sector público, con la excepción de algunos proyectos financiados por BNDES/FIN-SOCIAL a través del MS, para algunas áreas consideradas prioritarias.

Es menester destacar sin embargo, que en el curso de los años recientes, algunas experiencias de esta naturaleza (racionalizador, integradora) han sido ensayadas sin convulsiones sociales y políticas más intensas que las condenen desde el punto de vista de su viabilidad. Por otro lado, sus efectos técnicos, aunque poco extensos, pueden ser considerados expresivos y estimuladores del progreso en esa dirección. Esto se debe en parte al poder regulador del sector público que, ciertamente, continuará cumpliendo el papel de asegurar la cobertura asistencial a la población a través de servicios básicos, de naturaleza esencialmente trabajo-intensiva, al contrario de la iniciativa privada, más interesada en el nivel especializado, de carácter acentuadamente capital intensivo. Evidentemente, la gradualidad del avance de la propuesta es también condición de su viabilidad, no sólo por el lado político, sino principalmente por la óptica técnico-financiera; las dimensiones, variedad y complejidad del sector, en el país, contraindican cualquier medida de impacto masivo y simultáneo.

\*Implicaciones: Expurgado de su componente recesivo que impide un redimensionamiento adecuado al sector, permitiendo un papel más relevante al sector público a través de su expansión y calificación, el modelo "racionalizador" contiene los elementos esenciales para adecuar el sistema de salud a las exigencias del actual momento político, social y económico. Además de los aspectos de racionalidad en términos de adecuación de la estructura de recursos a la estructura de necesidades en salud, haciendo el modelo viable

en una situación de recuperación de la economía, el aspecto político también es contemplado a través de una concepción pragmática de la organización del sector a través de la integración inter-institucional entre las instituciones públicas del nivel federal y las de nivel estadual y municipal

Este modelo supone :

- gestión colegiada , descentralizada y participativa, entre las instituciones bajo convenio y las instancias representativas de la población.
- cobertura asistencial planificada, de acuerdo con las necesidades epidemiológicamente determinadas y observándose los principios organizacionales de regionalización y jerarquización de los servicios:
- calificación técnica de la prestación de servicios, buscándose el control de la calidad asistencial y la resolutivez adecuada en cada nivel de atención
- co-participación financiera de las diferentes instituciones de forma de viabilizar el funcionamiento efectivo de los servicios.

Depende, sin embargo, para su efectivización, de condiciones que sólo pueden ser aseguradas por un gobierno democrático, a saber : un funcionamiento más adecuado del sector, derivado de una política salarial más justa, una real descentralización, con valorización de los niveles estaduales y municipales y una posibilidad concreta de participación popular en la definición de sus necesidades y en el control de la calidad de los servicios.

Contemplados esos aspectos, el modelo debe adquirir una lógica y una dinámica interna que le darán condiciones de desarrollarse junto con el mismo proceso de organización democrática de la sociedad, en una dirección de equidad social dentro del principio de que la salud es un derecho básico de la ciudadanía.

### Principales cuestiones estratégicas.

De acuerdo con la limitación autoimpuesta desde el comienzo, esta propuesta de política procura limitarse a los aspectos internos del sistema de prestación de servicios de salud, sin limitarse, sin embargo, a los componentes de la asistencia médico hospitalaria individual.

Asumiéndose el modelo racionalizador ( tercera alternativa) como el más adecuado estratégicamente para un gobierno de transición democrática , en el que las alianzas entre los sectores progresistas deben ser preservadas y estimuladas como base para avances sociales y políticos ideológicamente más definidos, se debe discutir, sin embargo, algunos puntos críticos que serán objeto de decisión, en los momentos subsiguientes.

#### La cuestión de la fusión INAMPS/ Ministerio de Salud

La incorporación del INAMPS por parte del Ministerio de Salud ha sido una reivindicación de los sectores técnicos más esclarecidos, desde hace mucho tiempo, como una forma de unificar las acciones de salud individuales y colectivas, bajo la misma lógica institucional, además de avanzar en la dirección de la universalización de la atención ( hasta ahora

sólo asegurado a los beneficiarios previsionales).

No hay duda de que ese debe ser el destino del proceso de implementación de la política preconizada. Sin embargo, cabe la discusión de la oportunidad de efectivizar esa fusión. Lo que está en juego es la gran dificultad administrativa que ello produciría, dadas las dimensiones y estratificaciones exageradas de las máquinas burocráticas de las dos instituciones, que pueden impedir la consolidación de algunos procesos de avance más funcional que podrían producirse en el período, al igual que la preparación para cambios estructurales más significativos a ser conquistados a través de la Constituyente.

Por otro lado, sería natural que la "retirada" del INAMPS del MPAS fuese también acompañada por otras reestructuraciones, como el pasaje del INPS para el Ministerio de Trabajo, y del IAPAS para el MFy la Asistencia Social para el MS, por ejemplo. Con ello se vaciaría, hasta su eliminación, el MPAS, lo que, si bien es deseable dentro de una lógica administrativa a largo plazo, tal vez no sea posible ni deseable en el actual marco político.

Es necesario, sin embargo, señalar que inevitablemente ese es un camino a recorrer, en la búsqueda de un sistema único de salud, con comando federal unificado y basado en los sistemas estatales de salud, dentro de la valorización de los principios federativos.

No obstante, si se plantea la posibilidad de esa reestructuración debe considerarse esa oportunidad para revisar la misma Ley 6229, proponiéndose una nueva estructura organizacional y funcional al sector, en los niveles federal, estatal y municipal, ya dentro de los principios y directivas antes enunciados y no sólo una pura "adopción" del INAMPS por el MS, tal cual es hoy.

Evidentemente, ello es atribución del poder legislativo, que tendrá en la Constituyente la ocasión de su efectivización más sólida y legítima.

#### La cuestión de la descentralización

Esencia del modelo propuesto, la descentralización corre el riesgo de ser entendida como una simple "estadualización" o "municipalización" del sector, teniendo el nivel federal sólo un papel de recanalizador de recursos de la Unión para los sistemas estatales y municipales de salud.

No parece actualmente que el aparato técnico administrativo de los Estados, así como su tradición clientelista los habiliten para asumir, por sí solos y automáticamente, el proceso de prestación de servicios de salud. Incluso porque ello debería ser acompañado de una correspondiente autonomía financiera estatal y municipal, difícil de ser alcanzada en el futuro inmediato.

Por otro lado, no parece que la pura "estadualización" o "municipalización" implique descentralización, dado que esos niveles padecen del mismo mal que el nivel federal. Lo que está en juego es la desconcentración del poder entre los diferentes niveles, hasta el de "punta de línea"

Así, parece prudente entender la descentralización como directriz, que debe ir



hasta sus últimas consecuencias , implicando instancias gestoras del sistema den todos los niveles, con real poder decisorio, pero preservándose pragmáticamente una composición multi-institucional, con participación también federal, pero legítima, como forma de asegurar la ecuanimidad de criterios técnicos, financieros y políticos en el avance de ese proceso de democratización del sector.

#### La cuestión del control social

Juntamente con el financiamiento y la descentralización, constituye una de las bases del trípode de sustentación del modelo, en términos de su legitimidad y efectividad.

Es menester que el sistema de prestación de servicios, tanto en su vertiente pública como privada, sean subordinados al control de los usuarios, en términos de definición de prioridades, productividad y calidad.

Como el grado de participación popular es función de la legitimidad del poder público, es de esperar que el cambio de régimen pueda dar las condiciones básicas para el ejercicio de la democracia en todos los niveles de la práctica de la ciudadanía, asegurándola, en particular , garantizando la efectividad del modelo de prestación de servicios preconizado.

Así, más que crear estructuras sectoriales propias, de participación , es necesario que los mecanismos de gestión colegiada preconizados sean legítimos e informados por los intereses mayoritarios canalizados a través de las diferentes formas de organización de la población, en términos de representación político formal y de entidades de la sociedad civil.

Las Comisiones Locales Inter-Institucionales de Salud (CLIS), creadas a partir de la firma de los convenios de las Acciones Integradas de Salud, entre los Estados y la Unión, pueden ser canales adecuados para el ejercicio de ese control

#### La cuestión del financiamiento

La actual estructura de financiamiento del sector encuentra varios estrangulamientos :

- en primer lugar, la contracción relativa del presupuesto de la Previsión Social destinado al INAMPS;

- en segundo lugar, el vaciamiento de los niveles estatales y municipales, en cuanto a la posibilidad de destinar recursos significativos al sector salud;

- en tercero, el vaciamiento de los niveles estatales y municipales, en cuanto a la posibilidad de destinar recursos significativos al sector salud.

por último, pero no menos importante, es el momento recesivo, que hace disminuir el presupuesto federal en general, y disminuir la posibilidad de los sectores medios de la población para solventar directamente los servicios que utilizan, conduciendo a un aumento de presión sobre los servicios sostenidos por el Estado y particularmente por la Previsión Social.

De tal modo, cualquier propuesta alternativa, especialmente la aquí propuesta, supone una viabilidad financiera que pasa por dos etapas, una inmediata, que define algunos porcentuales mínimos de los recursos administrativos a nivel federal, para el sector; una segunda, a mediano plazo, que supone la definición de una nueva estructura de financiamiento de los sectores sociales como un todo, y de la salud en particular, lo que sólo puede obtenerse en el seno del proceso constituyente del nuevo orden social y económico, a ser instalado en el próximo Gobierno.

Desde ya queda claro, sin embargo, la imposibilidad social y política, así como la inconveniencia técnica de propugnar la participación financiera del usuario en el costo directo de los servicios que utiliza.

Por otro lado, se debe caminar hacia una presupuestación global del sector, a nivel estadual, con definición de los cupos de participación institucional, eliminandose cualquier relación de hegemonía de una institución sobre otra, teniendo como meta la constitución de Fondos Estaduales de SALUD.

Debe también hacer parte de esas condiciones las exigencias de no retracción de los presupuestos estaduales y municipales para el sector, práctica frecuente como consecuencia de la firma de nuevos convenios entre el nivel federal y los niveles estaduales y municipales.

#### La cuestión de la relación sector público/sector privado

Como se planteó anteriormente, el sector privado es responsable por la mayor parte de servicios de salud prestados a la población. Sin embargo, esa prestación de servicios no se da sólo directamente, sino principalmente, a través de la intermediación y particularmente por el INAMPS.

Coexistiendo con la prestación de servicios hecha por el sector público, se instaló una polémica sobre la conveniencia de privilegiar una u otra modalidad. Evidentemente, la iniciativa privada tiene interés en mantener y expandir su mercado, que compite con la posibilidad de preservación o expansión del sector público.

Así, respaldada por las directrices de la política oficial, que creó condiciones para una privatización intensa del sector en la última década, pasó a existir un proceso acentuado de descalificaciones técnicas del sector público, a través de una alianza perversa entre los agentes doblemente vinculados al sector público y al sector privado, con intereses específicos en éste (dirigentes o técnicos).

Planteándose hoy la necesidad de desmitificar este cuadro, frente a todos los argumentos ya referidos que contra-indican el mantenimiento de ese modelo irracional e ineficaz, es necesario establecer un nuevo pacto de relaciones entre el sector público y el sector privado.

Ese pacto debe incluir:

- la calificación del sector público como modelo y patrón de eficacia y eficiencia;

- la participación de los prestadores de servicios en las instancias de discusión de criterios y valores de remuneraciones de sus servicios, teniendo en cuenta diferenciación tecnológica y desempeño tecnológico,

- la regionalización y jerarquización de los servicios públicos y privados en una misma red

- el redimensionamiento de los servicios contratados, de acuerdo con las reales necesidades de cobertura poblacional, y teniendo en cuenta las prioridades potenciales del sector público en la región;

- la descentralización del control de la calidad asistencial en la relación contractual a nivel de CIS, CRIS y CLIS/CIMS (Comisiones Estadales Regionales y Locales Inter-Institucionales de Salud).

Por otro lado, eliminandose cualquier tutela o subsidio del Estado, se deben respetar todas las formas de libre iniciativa en el sector, dirigidas hacia las capas sociales que puedan hacer frente a sus costos.

Como forma suplementaria de atención a la salud, se debe estimular también las iniciativas patronales que procuren una mejor atención a sus funcionarios, sin que ello represente delegación de responsabilidad por parte del Estado, o implique una transferencia de recursos para esa finalidad por parte del sector salud.

#### La cuestión de la Política de Personal y del Corporativismo

Es evidente el papel que la política de personal inadecuada viene cumpliendo como elemento coadyuvante en la descalificación de los servicios públicos en general, y en salud en particular, en los últimos años.

Es por consiguiente innecesario demostrar la urgencia de medidas que puedan volver estimulante el empleo en el sector público de salud, con el fin de hacerlo eficaz y resolutivo.

Existiendo la perspectiva de organización de los sistemas estadales de salud, es de esqerar que, dadas las condiciones financieras, puedan se gradualmente desarrollados e implementados Planes de Cargos y Salarios regionales, contemplen una política de desarrollo de recursos humanos justa y comprometida con las necesidades de la política de salud como un todo.

Sin embargo, el sector guarda una particularidad que es la especificidad mítica del profesional médico, acariciando siempre su ideal liberal de ejercicio de la profesión.

La práctica liberal pura, separada por imposición técnica o por escasez de mercado, fue sustituida por una imitación de liberalismo, en el que el médico, acreditado en consultorio u hospital por el INAMPS, recibe de éste un pago por servicios prestados. Esa modalidad, sin embargo, lejos de resolver los problemas de la categoría, presen-

innúmeras distorsiones y enmascara una serie de cuestiones a nivel de la lucha corporativa. En primer lugar, la expectativa de acreditación universal no puede cumplirse por imposiciones económicas, además de falta de necesidad técnica. Por otro lado, el envilecimiento de los valores de remuneración llevó a que se echase mano a expedientes (como la super-producción) sólo accesibles a aquéllos con poder de control sobre el "mercado". De esa manera, la distribución del ingreso entre la categoría se volvió altamente distorsionada, con enormes concentraciones en manos de pocos (verdaderos "tiburones") que hasta subcontratan sus servicios.

Por otro lado, la lógica de la remuneración vigente, valorizando las especialidades con mayor uso de tecnología, termina por remunerar mejor el capital que el trabajo, separando (y valorizando) a los profesionales "equipamiento-dependientes" de aquéllos "trabajo-dependientes".

Así, en el conjunto de los médicos que luchan por sus derechos, a través de sus corporaciones (sindicatos, asociaciones, consejos) se debe distinguir los reales intereses (muchas veces antagónicos) escondidos tras un discurso liberal que no corresponde ya a la realidad del sector (donde la mayoría es asalariado) y sirviendo de oposición a una pretendida "estatización" responsable por su suerte.

Así, el primer camino para la desmistificación de esa situación es la apertura del diálogo con la categoría médica y las demás categorías profesionales de salud, avalado por efectivas medidas de valorización del trabajo asalariado.

#### La Salud del Trabajador

Entre los daños a la salud derivados del desarrollo de la economía, de la urbanización y de la industrialización, sobresalen los accidentes de trabajo y las enfermedades directamente relacionadas con el proceso productivo, sea por la complejidad y por las especificidades inherentes a su proceso de control y de prevención, sea por los aspectos médicos y económicos implícitos. Hoy el Estado gasta una suma considerable de recursos en el tratamiento y en la recuperación de trabajadores accidentados, que podría economizarse si las medidas preventivas disponibles fueran aplicadas.

Por otro lado, actualmente, tenemos una dicotomía altamente perjudicial, debida a que las medidas preventivas y de observancia de la legislación son competencia del Ministerio de Trabajo en lo que atañe a fiscalización, en tanto cabe al INAMPS la atención médica al accidentado o al portador de enfermedad profesional, quedando la rehabilitación, cuando es necesaria, a cargo de los Centros de Rehabilitación del INPS.

Esta dicotomía entre las atribuciones institucionales en aspectos que se refieren a prevención y control en sentido amplio y aquéllos referidos a las acciones de recuperación de la salud, lleva necesariamente a comprometer las posibilidades de éxito.

En ese sentido se entiende como proposiciones fundamentales en este área:

- la inclusión dentro de las acciones desarrolladas por los servicios básicos de salud de los aspectos referidos a la prevención y cura de las patologías ligadas directamente al proceso productivo.

- transferencia de las atribuciones legales específicas, actualmente en el ámbito del Ministerio de Trabajo para el sector salud, a quien cabría la responsabilidad operativa y legal referente a la prevención, recuperación y rehabilitación

- la articulación funcional entre los servicios médicos de empresas y la red pública de atención médica

- el establecimiento de mecanismos que permitan un mayor control, tanto del proceso productivo como de los servicios de salud, por parte de los trabajadores y de sus Sindicatos

### Conclusiones y medidas inmediatas

Se entiende que una real adecuación del sistema de atención de salud sólo se podrá producir en el mediano plazo a partir de un nuevo orden constitucional que replantee la cuestión social como centro de las preocupaciones de la nación y del gobierno. Sin embargo, es posible en el período inmediato adoptar una serie de medidas que comiencen a rescatar la deuda social del Gobierno para con la nación, y en particular las relativas a la mejora de la atención de salud de la población.

Así, sin propuestas drásticas desde el punto de vista de grandes reformas estructurales y conviviendo todavía por algún tiempo con los efectos de la recesión, es posible avanzar en la dirección de una universalización de la atención de toda la población, urbana y rural, previsional o no, con equidad, y buscando optimizar los recursos aplicados al sector, además de la identificación de nuevas fuentes de financiamiento que lo viabilicen y tornen efectivo, eficaz y eficiente.

Entre de las medidas que pueden ser adoptadas de inmediato, se pueden indicar las siguientes ( sin orden de prioridad):

- la redefinición de la estructura de financiamiento de la Previsión Social, que se obtendrá a través de la incidencia sobre la lucratividad (facturación) y no sólo sobre la foja de salarios ( innúmeros estudios ya disponibles ).

- definición del porcentual mínimo de presupuesto previsional que será asignado al sector de atención de salud (entre 20 y 25%)

- reconducción de los liderazgos sindicales y patronales a los órganos de gestión de la Previsión Social;

- afirmación del derecho universal de atención de salud para toda la población brasilera, con los correspondientes actos normativos que permitan la atención de cualquier ciudadano en cualquier servicio de salud ofrecido por el Estado.

- insitucionalización del órgano colegiado interministerial, con participación

del MS, MPAS, MEC y MINTER y con instancias consultivas a los órganos sindicales, gremiales y de entidades prestadoras de servicios de salud, como núcleo organizado de fusión institucional del sector salud. La actual CIPLAN - Comisión Interministerial de Planificación y Coordinación MPAS/MS/MEC podrá servir de base;

- atribución al órgano colegiado inter-ministerial ( hoy, CIPLAN), de presupuesto del sector y del control de su ejecución presupuestaria;

- ratificación de los actos normativos que instituyen la estrategia de integración inter-institucional del sector salud ( hoy, Acciones Integradas de Salud), como política de reorientación de la atención de salud en el país;

- descentralización de las atribuciones de gestión financiera, administrativa y política de los sistemas estatales de salud ( público y privado ), las Comisiones Inter-Institucionales de Salud (CIS), así como sus desdoblamientos micro-regionales (CRIS) y locales (CLIS o CIMS), de acuerdo con una norma específica;

- creación en cada Unidad Federal del Fondo Estatal de Salud, responsable por la movilización de todo el recurso de operación del Sistema Estatal de Salud, administrado por la CIS;

- puesta en marcha inmediata, por parte de la CIS, de la elaboración de planes directrices estatales y municipales , actualizando la capacidad instalada pública y privada, regionalizando y jerarquizando los servicios, así como identificando las necesidades de expansión;

- agilización de los proyectos de captación de recursos para la expansión de la red de servicios y ejecución de algunos programas prioritarios, especialmente junto al BANDES/FINSOCIAL, CEF/FAS y BIRD (Banco Mundial).

- redimensionamiento de los servicios contratados por el INAMPS a la red privada, de acuerdo con las necesidades de cobertura asistencial a nivel regional;

- creación inmediata de grupos de trabajo con participación de representantes de entidades profesionales y de prestadores de servicios organizados para la negociación de nuevas tablas de remuneración de los servicios de salud privados contratados por el INAMPS, observando criterios de complejidad tecnológica y desempeño.

- eliminación de toda y cualquier relación de compra/venta entre las instituciones públicas de salud, substituyéndolas por mecanismos de co-gestión, que obedezcan a criterios específicos de asignación de recursos, conforme a las instituciones comprometidas;

- institución, a través de las CLIS/CIMS, de mecanismos de control de la calidad de la atención;

- constitución inmediata del Grupo de Trabajo para redefinir papel, mecanismos de financiamiento y administración de los hospitales universitarios y de enseñanza;

- recuperación inmediata del Programa Nacional de la Industria Química y Farma

céutica (archivado por el actual gobierno)

- revisión inmediata de toda la legislación sobre propaganda de medicamentos;
- centralización, en una única institución, de las atribuciones relativas a normatización, fiscalización y atención de salud del trabajador (INAMPS o MS);
- reevaluación inmediata de los programas, estrategias y actividades del INAN, con vistas a orientarlo hacia la atención de las necesidades nutricionales prioritarias, eliminando el paternalismo, el clientelismo político y el apoyo a grupos relacionados con la producción e industrialización de alimentos.

- puesta en marcha inmediata de un amplio estudio que promueva la sistematización de experiencias, investigaciones y debates sobre la organización y funcionamiento del sector, que culminará con la realización de una gran Conferencia Nacional de Salud, altamente representativa y que tenga por objetivo apoyar, en lo correspondiente al sector, el trabajo de la Asamblea Nacional Constituyente. Esa tarea podría ser conducida conjuntamente por la ENSP/FIOCRUZ/MS y por el IPEA/SEPLAN, que se articularían con las demás instituciones del sector, en un plazo determinado (1 año), y con recursos especiales asignados para ese fin (existen recursos del BIRD que se están negociando para estudios sobre políticas de salud, del orden de dos millones de dólares). En ese periodo se deberá, además de la realización de estudios e investigaciones, desarrollar una amplia consulta entre las entidades representativas del sector, organismos comunitarios y políticos, en todos los niveles - local y regional, dado que la Conferencia Nacional de Salud representará la instancia más global.

Se debe destacar que las áreas específicas, correspondientes a diferentes programas prioritarios, como salud materno-infantil, control de enfermedades transmisibles, odontología, salud mental; etc., merecen desarrollos y detalles específicos y por separado, por no corresponder al tenor y las finalidades de este documento.