



seminario

# atención primaria de salud

CRISIS, TRANSICION DEMOCRATICA Y SALUD

---

---

Mario Testa

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales  
y  
Fundación Banco Patricios

CLAEH / 27 - 28 - 29 de mayo 1985

# CRISIS, TRANSICION DEMOCRATICA Y SALUD

Mario Testa

## Introducción

Reflexionar sobre cualquier problema que enfrentan hoy los países en el cono sur del continente, debe comenzar necesariamente por la identificación del momento en que se realiza esa reflexión. A mi modo de ver hay dos cuestiones que caracterizan la situación actual: el intento de transición hacia la democracia y la crisis. Ambos procesos ocurren con características diferentes en cada uno de los países de la región, sobre todo como consecuencia de la manera particular con que enfrentan la primera de las cuestiones mencionadas, aunque también presentan elementos comunes, debido a que la crisis afecta de manera similar al conjunto de la nación latinoamericana, en especial a esta parte del continente. El estudio de ambas cuestiones es imprescindible en la actual coyuntura para poder lograr una solución eficaz de los mismos; las interrelaciones que los ligan indisolublemente requiere extremar el análisis para evitar un fracaso que sería trágico para los históricos intentos de lograr nuestra verdadera independencia como naciones.

En primer término intentaré caracterizar en dos trazos el momento histórico de la reflexión, la historia de la sociedad latinoamericana en las últimas décadas en sus aspectos sociopolíticos relevantes.

Lo que se observa a partir de la crisis de 1930 es un movimiento global de gestación y avance de movimientos populares en toda América Latina. En su expresión paradigmática son movimientos de masas, que incorporan a grandes grupos de trabajadores (no los más educados políticamente) y población en situación de desventaja material (marginales) junto a una pequeña parte de intelectuales de posición nacionalista, todos los cuales establecen una relación especial con un líder carismático.

Los nombres de Vargas, Perón, Haya de la Torre y en menor medida Ibañez, Velasco Ibarra, Velasco Alvarado, son algunos de los que ejemplifican el sentido de esta corriente, identificada como *populista*. En otros casos el descontento popular se canalizó por vías más tradicionales, dando origen a movimientos revolucionarios más clásicos: la revolución cubana, el intento de transformación socialista por la vía *democrática* de Chile y los más recientes tipo Nicaragua o Granada.

Todos estos que identificamos como *avances del movimiento popular*, fueron combatidos de una u otra manera, con más o menos éxito. Los procedimientos van desde el bloqueo (Cuba, Nicaragua) a la invasión (Granada), la contrarrevolución interna financiada y codirigida desde el exterior (Chile, Brasil), la represión generada internamente (Argentina, Uruguay).

Pero lo que me interesa destacar es que las acusaciones que desencadenan estos procesos son de dos tipos: antidemocracia, demagogia, la primera dirigida a aquéllos que se orientan a la construcción de alguna forma de socialismo, la segunda a los casos que he definido como populistas.

La discusión ideológica que generan estas afirmaciones consiste, como es obvio, en el intento de desvalorizar al socialismo tratándolo de antidemocrático (lo cual es respondido por algunos socialistas tratando de demostrar que no lo es, u oponiendo un socialismo democrático a otro no democrático, lo cual genera otro plano de la discusión) y al populismo de demagógico (cuya respuesta, para algunos teorizadores acerca del significado del populismo, es recuperar su sentido de *recurso al pueblo*, en lugar del peyorativo que lo identifica con demagogia).

El debate ideológico (superestructural dirían algunos marxistas, término que otros rechazarían decididamente) no es solamente una deliberada confusión semántica, sino que se basa en la doble significación real -contradictoria- de un mismo hecho social. Esa doble significación se repite en todos los procesos sociales y es la que confiere unidad a la ciencia social verdadera, a la que permite no sólo interpretar correctamente los hechos sino transformarlos en una práctica eficaz.

El socialismo real puede asumir ciertos aspectos antidemocráticos porque sus condiciones de subsistencia frente a un cierto panorama internacional le obligan a ello (aquí democrático, además, está tomado en el sentido que se da a este término en los países capitalistas, casi equivalente a elecciones. Aún en este sentido, los aspectos antidemocráticos del socialismo real se transan por una igualdad, también real, en la distribución de la producción social).

El populismo, por su parte, expresa un intento deliberado, desde la relación privilegiada líder masa, por crear condiciones que conduzcan a una transformación en la situación de dependencia frente a los países imperialistas y, subsidiariamente, en la relación entre clases dominantes y dominadas, aunque también significan, en parte, una limitación de esa posibilidad.

Esa historia, brevemente recordada en estos párrafos, ha llegado a la coyuntura actual de transición a la democracia -después de las dictaduras generadas por los procesos señalados, que han dejado a nuestros países en una situación de catástrofe económica pero sobre todo social- en medio de la crisis global que afecta a todos los países, pero muy especialmente a los del cono sur del continente. Frente a estas circunstancias, nuestras actividades futuras tienen la responsabilidad de recrear condiciones que retomen el avance histórico hacia formas más humanas y dignas para nuestros pueblos.

Esta presentación va a hacer referencia a las condiciones en que se desenvuelven los procesos de transición democrática y crisis comenzando por el segundo de ellos -la crisis en cuanto esta afecta al sector salud- para después intentar establecer algunos lineamientos acerca de como enfrentar la cuestión estratégica en el terreno de la salud, en especial en lo que corresponde a la atención primaria.

## Crisis

La crisis en los países capitalistas, en la fase actual de desarrollo del capitalismo, es el quiebre de la articulación, establecida históricamente, entre las diversas clases sociales y sus fracciones. La crisis es la señal que conduce a otra forma de articulación que dé cuenta de las nuevas circunstancias, o a la sustitución de toda la estructura del Estado. El proceso desencadenante de la crisis puede ser interno, como por ejemplo la sustitución de una clase por otra dentro del esquema de dominación, obedeciendo a los requerimientos de la dinámica económica-social o, con mayor frecuencia en los países dependientes, la necesidad de reubicación del país frente a las coyunturas internacionales lo cual conlleva, necesariamente, la redefinición interna de la articulación.

Pero no va a ser sobre la crisis de Estado donde se centre nuestra atención sino sobre la significación de la misma en su expresión sectorial. Esta significación es doble: de una parte representa la nueva configuración que adquiere el polo dominante de la relación interclases, de otra es la respuesta del polo dominado en esa misma relación.

Es un lugar común señalar la existencia de una crisis de costos en el sector salud de los países subdesarrollados. En esa supuesta crisis -que en otro lugar hemos denominado aparente- hay un amplio margen de responsabilidad de algunas actividades que ligan los problemas de salud con los circuitos de acumulación de capital.

Es necesario examinar este problema desde varios ángulos: el de los países centrales y los dependientes, el de la organización del sector salud y del proceso de trabajo dentro del mismo, el de la existencia o no de plusvalor en las actividades del sector, el del papel de esas actividades en la reproducción de la fuerza de trabajo. En otros términos: se trataría de aclarar el papel de la salud en la acumulación de capital y, reciprocamente, el de la acumulación de capital en la salud.

## EL polo dominante

### Países centrales

Los países centrales tienen el control de la producción de los dos componentes más importantes en la realización de las actividades de salud: medicamentos y equipos, los cuales han estado sometidos en las últimas décadas a un acelerado proceso de sofisticación tecnológica, en muchos casos fuera del alcance de la actividad productiva de los países subdesarrollados.

La caracterización de estos componentes como los más importantes sin excluir al personal que presta los servicios requiere una explicación, ya que podría entenderse que por lo menos en el área de atención médica -sin duda la más

fuertemente representada dentro de esas actividades- la fuerza de trabajo, altamente calificada, ocupa el lugar más destacado del proceso productivo. El hecho que la formación del personal se encuentre cada vez más condicionada por las necesidades que surgen a partir de la utilización de las tecnologías contenidas en los medicamentos y los equipos es lo que justifica aquella afirmación.

La historia de la relación que existe entre las tecnologías y las prácticas de salud ha sido suficientemente contada y analizada por historiadores de la medicina y sanitaristas. El descubrimiento hecho por Pasteur de que los microbios son causantes de algunas enfermedades es lo que desencadena un proceso de reconversión de la medicina hacia una visión más biológica que la sustentada hasta ese momento, la cual se apoyaba en una versión más social de la salud, en el sentido de las influencias tanto ecológicas, derivadas de la concepción hipocrática -recuérdese el título de la obra de Hipócrates *Sobre aires, aguas y sitios*-, como sociales en el sentido de las condiciones de vida y de trabajo de la población, señaladas por muchos autores y especialmente defendidas en el terreno científico y político por el patólogo alemán Virchow, en la misma época del descubrimiento de Pasteur mencionado y el del bacilo de la tuberculosis hecho por Koch, lo cual dio origen a la famosa polémica que terminó con el triunfo de estos últimos con sus duraderas e importantes consecuencias hasta el día de hoy.

La biologización de la medicina es un paso hacia su transformación en una ciencia lo cual implica, en especial, una causalidad definida y un método preciso para su conocimiento. De esto se deriva una reforma importante en la enseñanza de la medicina.

De manera casi simultánea se produce un acelerado desarrollo de la química, lo cual abre un promisorio campo a la producción en los países capitalistas y genera, junto con la interpretación científica de la medicina, un nuevo enfoque para la terapéutica de las enfermedades. El descubrimiento de las drogas maravillosas a fines del primer tercio de este siglo consolida ese proceso y da pie a la aparición de una de las industrias más rentables de toda la historia del capitalismo: la producción de medicamentos.

Las empresas productoras de medicamentos son un desprendimiento de la industria química y nacen ya concentradas y centralizadas. Su mercado es mundial, su proceso productivo altamente tecnificado y muy dependiente para su permanente actualización de investigación sofisticada. Las tasas de ganancia son enormes y el crecimiento de esta rama industrial no encuentra parangón en casi ninguna otra de las conocidas hasta la segunda mitad del siglo veinte, a pesar del decrecimiento reciente de las tasas de ganancia en Estados Unidos como consecuencia de la introducción de medidas que garanticen la no nocividad de las drogas y su eficacia terapéutica.

En esas condiciones, los grupos empresariales ligados a la producción de medicamentos pueden orientar fuertemente no sólo la terapéutica médica, sino la misma organización de la práctica y aún el conocimiento de la medicina.

El segundo componente señalado más arriba es el de la producción de equipos,

en especial equipos auxiliares de diagnóstico -aparatos de rayos X, máquinas para análisis de laboratorio- y tratamiento -monitores o sustitutos de funciones vitales: respiradores, aparatos de hemodiálisis- que componen el núcleo sólido en las salas de medicina crítica.

Los medios de exploración semiológica se aproximan cada vez más al examen minucioso del cuerpo humano, transformando la vieja semiología de la observación, percusión, palpación y auscultación, en los modernos registros visuales y auditivos del interior del cuerpo, complementados por el análisis cada vez más preciso de sus humores y tejidos. Las exploraciones endoscópicas, las radiografías y tomografías con medios de contraste, la cinerradiografía y la amplia gama de registros electrónicos de ruidos, movimientos y excitaciones nerviosas encuentran su lugar en este proceso.

El progreso técnico expande los límites del diagnóstico que incluye ahora el uso de máquinas cada vez más complejas: el microscopio óptico se transforma en electrónico, la radiografía incluye ahora la autorradiografía con moléculas marcadas con isótopos radiactivos, el laboratorio donde cada análisis requería un procesamiento separado se transforma en una máquina de autoanálisis simultáneos.

La expansión alcanza a la terapéutica: aparece una medicina nuclear y se llega a la apoteosis con la concentración de toda esta parafernalia en las salas de terapia intensiva donde los pacientes están conectados a toda clase de máquinas diagnósticas y terapéuticas imaginables.

El más importante desarrollo en esta escalada de tecnificación es la conexión de todo lo anterior con centros de cómputo, desde se pueden controlar todas las fases del proceso, desde el diagnóstico de la enfermedad, la terapéutica y el seguimiento del caso, hasta los aspectos administrativos que cierran el círculo de transformación de un ser humano en un cliente o de un cuerpo enfermo en una mercancía, al incluir el cálculo del costo de la atención.

Este proceso, que se encuentra avanzado en los países desarrollados y de manera incipiente en los subdesarrollados, es también una transformación del proceso de trabajo que se realiza en el sector, lo cual puede ejemplificarse paradigmáticamente por el intento de sustituir al médico en la fase diagnóstica de la atención, mediante la utilización de programas de cómputo que automatizan parte de la misma. La vieja e ingenua relación médico-paciente se transforma así en una relación médico-computador-paciente.

La aceleración de la maquinización en la atención médica es reciente. El primer tomógrafo computarizado se instaló en Estados Unidos de Norteamérica en 1973. Sin embargo, es claro que esta tendencia coincide con la creada en el ámbito de las empresas productoras de medicamentos por dos razones. Una es que, desde el punto de vista médico se complementa y refuerza el paradigma de la medicina científica, pero mucho más importante que lo anterior es que los productores de equipos forman parte del grupo social que representa la misma fracción del capital que los productores de medicamentos.

### **Países dependientes**

Los países dependientes ocupan un lugar importante en este proceso, a través de la función que cumplen los grupos sociales ligados a los que, en los países centrales, controlan la producción de medicamentos y equipos. Esa función es doble en cuanto se dirige simultáneamente hacia afuera, facilitando la realización de las mercancías de las que son intermediarios, y hacia adentro, creando las condiciones necesarias a esa realización.

La primera de las funciones mencionadas conlleva una serie de operaciones diversas que originan otros tantos roles, algunos de ellos institucionalizados. Habrá empresas importadoras y distribuidoras, pero cada vez más aparecen empresas productoras -sobre todo de medicamentos pero en algunos países también de equipos- ligadas a casas matrices en los países centrales que ejercen un control monopólico u oligopólico del mercado, cuyas ganancias pasan a formar parte de los circuitos de acumulación internacional que escapan al control de los mismos países donde se originan.

Cada vez resulta más evidente que los grupos internos de mayor significación son los que intervienen en el financiamiento de la operación importación distribución, contribuyendo así a la dominancia que adquiere, dentro de la burguesía, la fracción del capital financiero. Este grupo se encuentra íntimamente ligado, a su vez, con los que se ocupan de lograr la creación de condiciones internas favorables.

La acción hacia adentro se dirige a un doble frente: el que corresponde a los niveles superiores de la administración de salud, cuya importancia reside en que formaliza la política de salud, y el nivel académico que controla la generación y transmisión del conocimiento médico. El propósito es claro, se trata de consolidar un saber y una práctica médica que sea compatible con las necesidades del capital transnacional. Las formas de acción -la estrategia- incluirá grupos de presión sobre todos los niveles decisorios, manejo de la información en los medios especializados y propaganda dirigida a los usuarios.

Los grupos sociales que realizan estas actividades son subsidiarios de los que se mencionan en párrafos precedentes. Son los gestores de la dependencia.

La organización de las actividades de salud en los países capitalistas dependientes se encuentra determinada, en buena medida, por las formas específicas de financiamiento de cada uno de los subsectores que conforman el sector salud. Sin embargo, desde el punto de vista de la significación para la clase dominante, esa organización adquiere una funcionalidad particular, con varios propósitos diferenciados que combinan las necesidades específicas del capital perteneciente al sector salud con las de los grupos sociales que controlan el capital en general.

Las necesidades del capital de salud surgen de lo que se ha estado debatiendo hasta aquí y se resumen en la realización de los bienes que dan origen a la actual tecnología médica.

En cuanto a las necesidades del capital en general, pero específicamente del

capital industrial en lo que a salud se refiere, son la producción y reproducción de la fuerza de trabajo. A este propósito están destinados el subsector de la seguridad social para la parte de la población trabajadora que está trabajando, y el subsector público para la población trabajadora desocupada que conforma la *reserva* de trabajadores, además del resto de la población ligada a los aspectos biológicamente reproductivos. De este modo, la organización de estos dos subsectores del sector salud adquiere el carácter de una estrategia de la clase dominante para la reproducción de la fuerza de trabajo.

Por cierto que estos aspectos no agotan los problemas de reproducción y ni siquiera son los más importantes, entre los que se encuentran las formas específicas de organización social que crean el *continente* donde se hace efectiva esa reproducción -la familia, el hogar-, tanto en sus aspectos biológicos como socioculturales. El análisis de estos aspectos sociodemográficos permitiría profundizar en algunas cuestiones relevantes respecto de la organización de los servicios de salud, aunque en América Latina son relativamente escasos los estudios que han hecho énfasis en esta determinación.

El subsector privado, por su parte, es la organización de la atención médica que la clase dominante se reserva para sí como la institución destinada a preservar su propia reproducción. Este subsector es también el que refleja con más claridad las transformaciones que ocurren en la estructura de las clases dominantes, en concordancia con las modificaciones internas que ocurren en el modo de producción capitalista. Así, el proceso de formación de las capas medias se refleja en la reducción cuantitativa del subsector privado estricto, para dar lugar a la aparición de otras formas intermedias, mediadas por el financiamiento colectivo del seguro privado de salud, adoptando generalmente la práctica de la asociación de varios consultorios privados en un sólo local, con su reducción de costos comunes y la facilidad de la interconsulta. Estas adaptaciones son parte del *reacomodamiento* que genera la *crisis real*.

La interpretación esbozada acerca de la organización de las actividades de salud permite explicar también el porqué de los reiterados fracasos de las numerosas propuestas que en varios países del continente han realizado los sanitaristas -y a veces los políticos- acerca de la integración en un servicio único de salud. Esta propuesta, con frecuencia muy bien razonada desde el punto de vista de las necesidades de salud de la población, no puede ser implementada porque contradice las necesidades y los intereses de las clases dominantes, aunque no necesariamente las del capital trasnacional. Por esta última razón es que no puede descartarse que si la *crisis real* sigue agudizándose en los países centrales -aunque en este momento (abril de 1985) ello no parece estar ocurriendo- el *reacomodamiento* necesario en los países periféricos comience a hacer viables las propuestas de servicios únicos o nacionales de salud. No es ajeno a esto el hecho de que lo que hasta hace unos años era una mera propuesta de los técnicos o sanitaristas del sector, haya encontrado una audiencia y hasta una voz en las esferas de gobierno de varios países en América Latina.



### Proceso de trabajo en salud

El análisis del proceso de trabajo en la atención de salud debe tomar en consideración las distintas categorías de trabajadores y los recursos de que estos disponen, prestando atención tanto a la división social como técnica del trabajo.

En el origen del proceso de transformación de la medicina en una ciencia - digamos en la segunda mitad del siglo pasado- el médico era un trabajador empírico que realizaba todas las tareas que componían la atención de un paciente. No sólo diagnosticaba, recetaba y observaba los resultados del tratamiento, sino que realizaba los cuidados al lado del paciente y hasta preparaba los medicamentos requeridos. Es decir, sintetizaba las tareas que hoy realizarían médico, laboratorista, enfermero, farmacéutico, posiblemente asistente social y quizás hasta sacerdote.

La transformación de la medicina en una ciencia es paralela a la desagregación social de las tareas hasta entonces realizadas por el médico, de donde la profesión de médico se redefine para abarcar los aspectos científicos referidos a la exploración y tratamiento del individuo enfermo. Junto con esto se diferencian otras profesiones de salud, que adquieren el status de diferenciaciones sociales, aunque en realidad en el fondo de esta separación haya una razón técnica que la justifica, que es la complejización del conjunto de tareas que lleva a la imposibilidad de que un solo profesional se haga cargo de la totalidad de las mismas.

Otra consecuencia de la complejización que implica la interpretación científica del proceso salud enfermedad corresponde a un nivel de análisis distinto, ya que no llega a diferenciar socialmente la actividad, sino sólo en sus aspectos técnicos. En la profesión médica esto conduce a la especialización, de modo que dentro de una misma categoría de la división social del trabajo - el profesional médico- aparece una subdivisión por razones técnicas que tiene la misma consecuencia que esa fragmentación en otros procesos de trabajo: la pérdida de la visión de conjunto y, de hecho, la fragmentación misma de la humanidad del profesional, su desintegración como ser humano para pasar a formar parte de la maquinaria que sustituye al anterior proceso de trabajo por un verdadero modo de producción capitalista de atención de salud. Se entiende entonces que ese personaje pueda comunicarse mejor con un computador que con un ser humano.

En este proceso hay readaptaciones interesantes, coherentes con los desarrollos que alcanza la acumulación de capital ya señalados. Uno de ellos es el reconocimiento de una diferenciación social en las nuevas categorías de profesionales que surgen como necesidades específicas de la extensión de cobertura, por ejemplo el personal que desempeña funciones médicas pero que no recibe esa calificación profesional social. Recibe en cambio denominaciones diversas que destacan su carácter de paramédicos con variados niveles de adiestramiento; reconocen antecedentes importantes en países socialistas, desde los *feldshers* soviéticos a los *médicos descalzos* de China. El último intento capitalista por echar mano de esa fuerza de trabajo que realiza la misma tarea técnica que los médicos socialmente reconocidos, sólo que a un

menor nivel de complejidad y *cientificidad*, para una población implícitamente considerada de segunda categoría, es otorgar reconocimiento oficial a la actividad que desde antiguo realizan curanderos y brujos y que ahora pasarían a formar parte del *sistema informal* de servicios de salud.

En suma, el proceso de trabajo en salud ha sufrido variaciones importantes a partir de fines del siglo pasado, que se han ido acelerando en los últimos decenios. Esos cambios se perciben, sobre todo, en la nueva división del trabajo. La división del trabajo en la atención de salud ha originado la aparición de numerosas categorías y subcategorías de profesionales, con una redefinición del status de las antiguas profesiones. En general puede afirmarse que existe una pérdida de visión integradora, propia del generalista de esas categorías antiguas, que puede interpretarse como la formación de una capa intermedia -clase media- profesional y técnica que coincide con la aparición de esas capas en otras instancias de la vida social.

El desarrollo de las fuerzas productivas en la atención de salud ha llevado a la necesidad de una profundización de la división técnica del proceso, completando de ese modo la pérdida de la visión integral y conduciendo a una pérdida de la *posesión* de los medios de trabajo de los grupos profesionales y técnicos con su consiguiente proletarización.

Una necesidad que surge como consecuencia de las divisiones producidas, es la de reintegrar las tareas bajo un propósito común. Esta integración se hace en dos niveles: por una parte genera la idea de *equipo* de salud, microorganización que recupera la unidad de las actividades técnicas dispersas en la división del trabajo; por otra parte, al equipo técnico de salud se le superpone un control administrativo que pasa así a jugar un rol fundamental en la organización de los servicios. Tal vez el signo más claro de esta transformación es el progresivo desplazamiento de los médicos de la dirección de los hospitales por profesionales de la administración, junto con el incremento en la complejidad de la maquinaria -en el doble sentido físico y organizativo- administrativa.

En lo que respecta al equipo de salud, es menester destacar que lo que inicialmente se plantea como una organización colaborativa entre individuos socialmente diferenciados para ejecutar una tarea común, en los hechos funciona como una estructura burocrática, rígidamente jerarquizada, donde el médico es el *jefe* al cual se subordina todo un conjunto de *auxiliares* cuyas actividades conducen a facilitar la tarea de aquél. De esta manera, en lugar de convertirse en un ámbito democrático de complementación de tareas socialmente diferenciadas, el equipo de salud reproduce la estructura de dominación de la sociedad global. Es lógico que sea así, por la coherencia que implica entre Poder y poder, esto es, entre el que corresponde a las decisiones de largo plazo y que abarcan la sociedad y el que corresponde a los quehaceres y comohaceres cotidianos. Entre uno y otro transcurre el paso de lo societal a lo grupal.

El proceso de trabajo en salud es la expresión de los cambios organizativos globales en el sector; tiene, a su vez, especificidades subsectoriales que no voy a considerar. La coherencia entre organización y proceso de trabajo es la

manera en que aparece la determinación específica que se genera en los procesos de acumulación de capital propios de las industrias relacionadas directamente con la salud.

La discusión acerca de si la prestación de los servicios de salud es una actividad productiva, entendida esta como la que genera un plusvalor que es el origen de los procesos de acumulación en el sector, puede aparecer como un ejercicio ocioso de contenido estérilmente teórico. Sin embargo, creo que puede ser una de las claves para lograr una comprensión más exacta de los aspectos presentados, al destacar el verdadero cambio de carácter que sufren las actividades en estudio. Ese cambio es otra de las expresiones, en el terreno de la salud, de la rearticulación de las clases en las crisis del capitalismo.

La atención de salud produce un servicio, lo cual en principio hace suponer que se trata de una actividad no productiva; sin embargo, no es suficiente con esta consideración; debe estudiarse la circunstancia histórica en que se realiza el análisis puesto que lo que hasta cierto momento era una actividad improductiva puede transformarse, a través de la complejización del proceso de producción de la vida material, en una fuerza productiva. Tal es, por ejemplo, lo que ha ocurrido con las ciencias naturales a partir del siglo pasado.

La atención médica a finales del siglo XIX no pasaba de ser un servicio simple, en que el médico en su práctica privada u hospitalaria no generaba ningún aporte para la valorización del dinero inicial invertido por el capitalista en el proceso productivo, transformándolo en el dinero incrementado por la realización de la mercancía producida. En todo caso, cuando el médico recibía una remuneración por el servicio que prestaba, intervenía en la competición por la apropiación de parte de la plusvalía generada en ese proceso.

En la medida en que el proceso de industrialización avanza, que aparecen los obreros en las industrias, que se consolida el capitalismo competitivo primero y monopolístico después, una parte de la organización del sector salud se diferencia en apoyo específico de ese proceso. Las instituciones de atención de salud que forman parte de la seguridad social asumen una doble función: prestan servicios a los derechohabientes de la misma cuando estos lo demandan y en esa medida colaboran con su reproducción cotidiana -mantenimiento de la fuerza de trabajo- pero además intervienen en el control del estado de salud de los trabajadores sin que medie ninguna solicitud de parte de estos. Ese control se establece antes, durante y después del proceso de trabajo, colaborando de manera directa con el mantenimiento y la reproducción de la fuerza productiva. Esta actividad, cuyo cambio de carácter con respecto a la anterior es evidente, se realiza a través de una nueva división del trabajo médico en una especialidad que es la medicina laboral. Esta forma de desarrollo institucional y social de la medicina es una razón importante, a mi juicio, para calificarla como un aporte necesario a la operación de las fuerzas productivas en esta fase del capitalismo. Y si bien ello no alcanza a justificar la producción de plusvalor en ese proceso de trabajo, aporta datos que apuntan en esa dirección.

Una argumentación distinta permite inferir la existencia de plusvalor en otro de los subsectores de la organización de atención médica. Se trata de la industrialización de la misma, con sus cuantiosas inversiones de capital constante, su creciente composición orgánica del capital y el proceso de proletarización de su principal fuerza de trabajo: los médicos que cumplen tareas como empleados en este subsector. Es claro que aquí no se trata de la inserción de la atención médica en el proceso productivo de otra actividad -en cuyo caso la colaboración en la generación de plusvalor puede realizarse como servicio- sino de la conformación de un proceso productivo propio en el que el servicio de la atención médica es la mercancía que al realizarse genera una acumulación de capital dentro de ese mismo proceso.

Así como la ciencia se incorpora como fuerza productiva durante el desarrollo del capitalismo, también la atención de la salud lo hace en un periodo histórico similar y de una manera también parecida: como fuerza productiva que coadyuva en el proceso de producción de otras mercancías y como proceso productivo que genera una mercancía propia: investigación y tecnología en el caso de los laboratorios científicos, servicios de atención de salud en la industria de la medicina.

La transformación del proceso de trabajo médico, que se interpreta en algunos casos como su proletarización, es lo que permite calificar a la atención de salud como actividad productiva. Este proceso ha avanzado mucho más en los países centrales que en los periféricos, debido a la profundización mayor del capitalismo en aquéllos países. La forma actual del proceso de trabajo médico en los países centrales, junto con las formas organizativas del mismo y su correspondiente incorporación como actividad productiva, podría denominarse el modo de producción de atención de salud del capitalismo en su fase monopólica.

Por otra parte, la trasnacionalización del capital crea, en los países dependientes, una situación conflictiva entre la prestación de servicios de salud en forma no productiva -que en los países dependientes es la mayor proporción- frente a las necesidades del capital trasnacional.

### Reproducción de la fuerza de trabajo

La reproducción de la fuerza de trabajo es, en la fase actual del capitalismo, el objetivo principal -pero no el único- de las actividades de salud -pero no sólo de estas-. Esta reproducción tiene dos aspectos: el que podríamos llamar reproducción cotidiana -o mantenimiento- de la fuerza de trabajo y el que corresponde a la reproducción biológica a lo largo de sucesivas generaciones.

En los orígenes del capitalismo existía, desde el punto de vista del capitalista, un excedente de oferta de fuerza de trabajo a la que se podía recurrir permanentemente, de manera que no resultaba necesario cuidar de la conservación de la misma -ya que cuando se destruía era fácilmente reemplazada- ni de su reproducción -ya que esta se realizaba en las condiciones precapitalistas correspondientes al trabajo agrícola de autosustentación o al artesanado- y por esas razones se utilizaba trabajo femenino e infantil, cuyo valor era menor permitiendo la apropiación de una mayor cantidad de plusvalor, al mismo

tiempo que desintegraba la familia proletaria.

En la medida en que la fuerza de trabajo excedente iba desapareciendo absorbida por la relación capitalista, complementada por el proceso señalado en el párrafo anterior, apareció la necesidad de conservar y reproducir la fuerza de trabajo en el nivel familiar, reintegrándose entonces la familia con el abandono del trabajo por las mujeres y los niños. Al mismo tiempo es que aparecen programas e instituciones del Estado que cuidan no sólo la salud de los trabajadores sino también la de sus familias y no sólo con atención médica sino con una gama amplia de servicios de salud pública.

Al evolucionar el capitalismo y aumentar la composición orgánica del capital industrial, se diferencia también progresivamente las cualidades requeridas en los trabajadores directos, además de aparecer un grupo de trabajadores no productivos que forman una clase intermedia. Tanto la conservación como la reproducción de la fuerza de trabajo se va a hacer entonces no sólo según clase social, sino según la fracción de la clase correspondiente. Esto da origen a tasas diferenciales de morbilidad, mortalidad y natalidad, como las registradas por ejemplo en Inglaterra a partir del siglo XVIII. La intervención del Estado en estas condiciones se acentúa progresivamente hasta su coronación con el surgimiento de los seguros sociales.

## EL polo dominado

El polo dominado puede reaccionar ante los reordenamientos que se gestan en el polo dominante de varias maneras. Las respuestas pueden ocurrir a nivel del personal que trabaja en el sector o en la población general. En este segundo nivel hay una doble manera de enfrentar la temática de salud: mediante la recuperación de esta por parte de organizaciones surgidas históricamente en la evolución del capitalismo o a través de organizaciones creadas para plantear los problemas que pueden aparecer como coyunturales y que afectan a grupos definidos y limitados de la población.

## La fuerza de trabajo

La movilización del personal que trabaja en el sector salud puede darse como consecuencia de las condiciones de trabajo en el sector o como respuesta interna del mismo ante la expresión sectorial de la crisis. En cualquiera de los dos casos es una respuesta a las nuevas condiciones que plantea la crisis de la sociedad y puede tener una gran significación para la rearticulación que se logre entre los grupos sociales involucrados.

En general, en toda reivindicación del personal de salud, los planteos que se hacen abarcan simultáneamente los dos ámbitos: el de las condiciones de trabajo y el de la expresión sectorial de la crisis, aunque el peso que representan ambos problemas difiere según las circunstancias.

La división del proceso de trabajo da origen a un tipo de personal que desde su aparición forma parte del polo dominado -proletariado en sí-, el cual puede participar o no de las luchas de su clase en las mismas condiciones que el resto de la sociedad. Por otra parte, el desenvolvimiento del proceso de trabajo en el sector da nacimiento a una división social de profesionales que se proletarianizan como consecuencia de los sucesivos reordenamientos organizacionales que impulsa el polo dominante. En este grupo, la conciencia de clase -el proletariado para sí- es mucho más difícil de alcanzar que en el anterior, por dos razones: una es que se identifica originalmente con el grupo dominante y otra es que se trata de un proceso de transformación social, con las ambigüedades que son propias de los mismos, entre otras la posibilidad de que algunos individuos del grupo alcancen una posición de privilegio que les haga defender con entusiasmo los intereses de quienes los dominan. Es decir, puede parecer que no hay una gran diferencia entre ser médico asalariado de una clínica privada y tener una participación en la propiedad del capital de la misma.

Las condiciones en que se desarrolla el proceso de trabajo en el sector da origen a contradicciones dentro del grupo dominado las cuales se expresan, por ejemplo, por el mantenimiento de organizaciones gremiales separadas para el personal profesional -a su vez subdividido según categorías subprofesionales específicas- y para el resto de trabajadores de salud. A veces esta separación se extiende al nivel de técnicos -enfermeros, laboratoristas-. Cada grupo así conformado se centra en la defensa de reivindicaciones gremiales específicas: salarios y condiciones de trabajo.

Estas características adquieren especificidades según las distintas formas organizativas subsectoriales, dependiendo de la profundización que haya alcanzado el proceso de proletarianización profesional en cada uno de ellos y de las oportunidades de escapar al proceso que cada institución presente. Es difícil hacer afirmaciones generales acerca de cual es el subsector que presenta las mayores contradicciones, ya que estas dependen de condiciones históricas específicas.

Cuanto menor sea la conciencia de clase del personal de salud, las reivindicaciones se harán más en base al intento de ganar posiciones frente a los que aparecen como responsables directos de las condiciones de trabajo desfavorables y no contra los verdaderos gestores de la situación que conforma el polo dominante. Los médicos y administradores lucharán por disciplinar al personal auxiliar y subalterno y a los pacientes; el personal auxiliar y subalterno hará lo mismo con estos e intentará evadir la rígida disciplina que intentan médicos y administradores; los pacientes verán con temor e impotencia a todo el sistema, el cual aparece como un enorme aparato disciplinario cuya función parece ser más cuidar el orden social, dentro y fuera del servicio de salud, que curar enfermos y cuidar de sanos.

La división del trabajo en el sector salud ha dado origen a un tipo de personal cuya función específica parece ser pensar en las crisis y generar propuestas para intentar resolverlas. Ese personal son los sanitaristas. Por las razones que doy aquí es por lo que estos constituyen el grupo profesional más frustrado del sector.

Los sanitaristas no son los únicos que reivindican la problemática de salud como algo propio. En casi todas las declaraciones de colegios y federaciones profesionales, en las de técnicos y auxiliares y en las de sindicatos de trabajadores de la salud, se menciona con mayor o menor énfasis los problemas que se califican en este trabajo como expresión sectorial de la crisis. A veces las declaraciones tienen un propósito puramente ideológico: el demostrar que la utilidad de los trabajadores que hacen esa declaración se ve frustrada por razones que escapan al control de los mismos; esto es, la culpa de la situación la tiene el sistema. Pero en ocasiones la declaración tiene fines que no son el servir de pantalla para la verdadera -y legítima- reivindicación que es la de las condiciones de trabajo, sino que existe un interés real en la solución de los problemas que confronta la población. En este caso el personal de salud se autoadjudica el papel de abogado de una causa que no es la propia en cuanto profesionales, pero que coincide con sus intereses en cuanto clase dominada.

El personal de salud puede jugar un papel muy importante en su función de abogado acusador, por el conocimiento interno que tiene de lo que acontece dentro del sector salud y en especial dentro de los servicios de atención médica. El acceso a esa información interna puede, en determinados momentos, ser una herramienta fundamental para la transformación del sector, siempre que el personal de salud utilice ese acceso de una manera que sea eficaz. Esto significa abandonar la actitud paternalista que generalmente se asume cuando el propósito es servir de pantalla ideológica, para adoptar la de asesores o facilitadores de la información a los grupos cuyos intereses se desea defender. Esto es casi lo mismo que decir que la posición correcta se adoptará cuando exista una conciencia de clase para sí del personal de salud.

### Organizaciones de la población

Hay dos formas organizativas de la población características del capitalismo, cuyo origen se encuentra ligado a necesidades específicas debidas a las condiciones que el capitalismo crea, pero que se van modificando como consecuencia del desarrollo del mismo; son las que tradicionalmente se encargan de promover los intereses de grupos sociales específicos. Esas formas son el sindicato y el partido político.

#### Sindicatos

Para la aparición del sindicato es necesaria la aparición del obrero colectivo que es típico del modo de producción capitalista. El sindicato se crea para promover y defender los intereses y necesidades de los obreros y en primer lugar de los obreros industriales, en base a un criterio unificador que en su inicio es esencialmente gremial, siendo el gremio el conjunto de trabajadores que pertenece a una misma división social del trabajo.

Esa noción inicial de sindicato se modifica paulatinamente en la medida que el modo de producción va adquiriendo distintas configuraciones a través de la modificación de las fuerzas productivas y asimismo en la medida en que el Estado va redefiniendo su papel ante las circunstancias internas y externas de

aquella modificación -los cambios en la estructura productiva interna y la reubicación ante el mercado internacional-.

Los sindicatos reflejan los cambios mencionados de varias maneras: primero por la sucesiva incorporación de grupos de trabajadores en diferentes divisiones sociales del trabajo -agricultores, empleados administrativos, técnicos, profesionales- para después descartar esa división y unirse en base a otros criterios que superan la caracterización gremial -trabajadores de la salud, de la educación, de la industria metalúrgica- para confluir por fin en federaciones de sindicatos y centrales más o menos únicas de trabajadores. Este es un campo específico de la lucha entre dominantes y dominados en los países capitalistas, expresándose en el intento de los primeros por legislar para mantener lo más separado posible a los organismos sindicales -por ejemplo tratando que los sindicatos se organicen por empresas y no por ramas- para restarles capacidad de enfrentamiento en cuanto clase facilitando así la negociación fragmentaria de los conflictos. Esta significación varía si las condiciones sociales generales cambian: en los países socialistas la organización sindical por empresas puede facilitar la participación real de los trabajadores en los mecanismos de decisión colectiva.

Junto con la transformación de los sindicatos que ocupa -aunque con distinta importancia según los países- el transcurso del presente siglo de la historia latinoamericana, ocurre el desplazamiento, o tal vez sería mejor decir la explicitación, del interés político del movimiento sindical, desplazando el puramente gremial, en concordancia con el cambio organizativo señalado.

La política sindical transcurre básicamente por dos caminos: el que señala una perspectiva clasista en el que lo central es el enfrentamiento permanente con la clase dominante; el que privilegia el análisis de las formas de articulación de la clase trabajadora en el Estado moderno. Estas dos perspectivas no son necesariamente excluyentes, aunque la experiencia histórica muestra que su integración es difícil. Es habitual la clasificación de *ultraizquierdismo* a la orientación clasista por el otro grupo y de *reformismo* a este último con el aditamento de *burócratas sindicales* a sus dirigentes. A pesar de los términos peyorativos utilizados en la caracterización, entiendo que ambos enfoques pueden ser válidos como instrumentos concretos en el manejo de los conflictos que se presentan en circunstancias históricas específicas.

Lo que interesa destacar aquí es que los sindicatos pueden -y deben- tener un papel central en las respuestas del polo dominado ante las propuestas del polo dominante en el sector salud. Por una parte porque son los representantes naturales de un polo de la contradicción entre capital y trabajo que es la contradicción principal del capitalismo; por otra porque son los distintos procesos de trabajo los que parecen estar en la raíz de la producción de enfermedades con características diferenciales según clases sociales en el modo de producción capitalista. Las relaciones estrechas entre proceso de trabajo y salud ligan indisolublemente las reivindicaciones obreras respecto a uno y a otra.

Frente a esta perspectiva teórica, el papel que han jugado los sindicatos en el desarrollo de las propuestas generadas en el polo dominante, se centró por



lo general en la captación de una parcela del poder institucionalizado en el sector. En este sentido, el máximo éxito del movimiento sindical en el terreno de la salud ha sido la creación de un subsector destinado a la atención de los trabajadores y sus familias. Esta solución institucional aísla el problema de su contexto global: deja de ser una característica de la producción de la vida social en el capitalismo para ser sólo un problema de salud. Por otra parte favorece la posición del gran capital -en especial del capital transnacional- frente al capital mediano y pequeño, además de diferenciar los beneficios que pueden obtener de esta situación los trabajadores sindicalizados frente a los que no lo están y hasta los de los sindicatos grandes frente a los de los pequeños. De esta manera, en lo que respecta a salud, parte de la dirigencia sindical se transforma en gestores del gran capital.

Resulta claro que los sindicatos, como formas organizativas del polo dominado, aún no han dado lo que es dable esperar de ellos en respuesta a las propuestas del polo dominante en el terreno de la salud. Esas respuestas requieren de una doble profundización: en las formas específicas de la interacción entre los fenómenos de salud enfermedad y los procesos de trabajo por una parte y en las condiciones que determinan la eficacia de la lucha sindical en su permanente rearticulación en la estructura del Estado.

#### Partidos políticos

Los partidos políticos también son una creación del capitalismo, al ser gestados dentro de este como las organizaciones mediante las cuales los grupos sociales con intereses diversos disputan el poder político de la sociedad. En ese sentido, los partidos políticos siempre defienden intereses de clase o de fracciones de clase, al margen de que la totalidad de sus partidarios pertenezcan a esa clase o fracción. Por eso puede hablarse de partidos *policlasistas*. Esta pertenencia cruzada se debe a falta de conciencia para sí o, en ocasiones, a una estrategia de alianzas que posterga el enfrentamiento entre clases antagónicas.

Los partidos de la izquierda latinoamericana que son, supuestamente al menos, los representantes políticos de la clase dominada, no han prestado más que una atención coyuntural al problema de la salud. Los análisis no han superado, por lo general, la crítica acerca de la situación de salud de algunos grupos de la población, de la desnutrición infantil o de la falta de servicios. No se ha generado una política de salud de izquierda, una verdadera política alternativa que destaque las implicaciones políticas de los problemas de salud. En lugar de ello los partidos políticos de izquierda compiten con los que representan al capitalismo en un reclamo de mayor eficacia y eficiencia de las instituciones prestadoras de servicios, sin una crítica del contenido de esas palabras mágicas. De este modo, también los partidos de izquierda han servido a las propuestas del polo dominante.

Las razones básicas de la ineficiencia política de la izquierda, en el terreno de la salud, son del mismo tipo que en el caso de los sindicatos: el desconocimiento de la inserción del proceso salud enfermedad en el conjunto de la vida social y su consecuencia inmediata que es la visión de ese proceso como algo separado que debe ser resuelto en sus propios términos.

Sin embargo, el valor político de la salud ha sido reconocido en muchas oportunidades. No en vano la *salud pública* ha dado origen a comités de lucha política y hasta a la creación de algún partido basado en una interpretación de la salud como un fenómeno social. Esta temática puede y debe ser recuperada por los políticos progresistas para formar parte del debate entre dominantes y dominados en su verdadera significación: la lucha por el poder.

#### Movimientos sociales

Los procesos que se conocen como movimientos sociales son, como los sindicatos y los partidos, expresiones de la lucha de clases, aunque de un menor nivel organizativo que aquéllos. No aparecen con el capitalismo, se conocen episodios muy anteriores al mismo. Han sido caracterizados por una cierta espontaneidad, un contenido reivindicativo y defensivo, una estrecha dependencia de coyunturas políticas favorables y, en consecuencia, una gran labilidad ante políticas represivas del Estado.

Si se acepta que se trata de otra expresión de la lucha de clases -tema sobre el cual no existe aún consenso- entonces su aspecto teórico más interesante es que se ubica en una disputa no sobre el proceso productivo sino sobre el consumo, es decir sobre la distribución y uso de los bienes y servicios producidos. Junto con esto destaca el hecho de que en el origen de los movimientos sociales se afecta sólo a una pequeña parte de la clase que lo protagoniza y a un problema muy limitado y parcial, a una carencia específica como el agua en un barrio marginal, el área verde en una urbanización, el servicio de transporte en una zona periférica, etc.

Las carencias que dan origen a los movimientos sociales son producto de las contradicciones generadas por el desarrollo capitalista en situaciones específicas. Tal vez las mejor estudiadas son las que aparecen en áreas urbanas, donde los conflictos reflejan las necesidades del capital por ampliar su apropiación de la renta del suelo frente a las necesidades del espacio para la reproducción de la fuerza de trabajo. Este y otros usos competitivos por el espacio gestan varias áreas conflictivas en las que el Estado juega un papel preponderante frente a las clases populares. La solución que se da a los conflictos va a depender de la coyuntura política, es decir, de la articulación del movimiento con otras instancias, más organizadas y permanentes, de la lucha de clases.

A pesar de estar inserto en el marco de las contradicciones básicas de la sociedad, las características que asumen estos movimientos hace que su significación política sea ambigua. Y lo es porque presenta aspectos potencialmente positivos y negativos. Los positivos son, para decirlo en el menor número de palabras posible, los avances en el grado de organización y conciencia -especialmente esto último- que se logra a través de las distintas fases por las que atraviesan estos procesos. A pesar de reconocer la inextricable relación organización conciencia, en esta instancia parece que el elemento perdurable de la relación, el que posibilita acceder a otros niveles organizativos -sindicato, partido- es el de la conciencia creada por la situación conflictiva. Pero esta función positiva de los movimientos sociales tiene contrapartidas potencialmente negativas; la principal es que aísla un

problema del conflicto global entre las clases antagónicas, lo parcializa abriendo la posibilidad de una solución también parcial -abastecer el agua, construir un parque, instalar un servicio de ómnibus- separando un grupo social de su clase -de ahí la denominación supuestamente neutra de *pobladores*, en muchos casos elevada a la categoría con pretensión teórica de *población marginalizada*-.

La debilidad de los movimientos sociales es su bajo nivel organizativo, su manera extramadamente floja de articularse con el resto de la vida social. Su estructura débil interna y externa lo hace fácilmente derrotable. Por eso sólo puede prosperar en coyunturas de avance político de la clase a la cual pertenece, lo cual explica que sean más perdurables y eficaces los movimientos sociales de la clase dominante como las asociaciones de vecinos en barrios de clase media.

Los movimientos sociales de la clase dominada hacen crecer la conciencia de la población y esa es una excelente plataforma para el siguiente ciclo de movilización: la organización que se logra en las sucesivas oportunidades de lucha es cada vez más estructurada, va perdiendo el carácter defensivo reivindicativo y espontáneo para aproximarse más a una concepción política de los problemas sociales. Ya no se pide que se resuelva un problema sino que se lucha por la conquista de una parcela de poder. Y esto se logra superando el aislamiento y la parcialización, articulándose horizontalmente unos movimientos sociales con otros, y verticalmente estableciendo relaciones orgánicas con estructuras más permanentes como los partidos.

Dado que los servicios de salud se encuentran, en parte al menos, en la esfera de la distribución, la reivindicación por el acceso a sus beneficios es una de las que pueden dar contenido a los movimientos sociales. De hecho, es habitual el reclamo por algún nivel elemental de servicios médicos y, en algunos casos -concretamente en circunstancias de avance del movimiento popular- el problema salud sirvió como elemento unificador de reivindicaciones dispersas.

La población en general y la clase dominada en particular, aunque solicite servicios médicos no identifica, conceptualmente, salud con atención médica, de manera que los reclamos que se hacen en coyunturas desfavorables inciden más bien sobre condiciones de vida, lo cual es teóricamente más correcto ya que no sectorializa los problemas de salud, no los aísla de su contexto social. Esto, que aparece como contradictorio con lo que se afirma en el párrafo anterior se explica por una razón de eficacia política: cuando se puede ganar vale la pena tener como objetivo algo que mejore, aunque sea parcialmente, la situación actual, en tanto que en caso de derrota previsible es preferible dejar las cosas en claro ya que ello aumentará la probabilidad de mejorar los niveles de conciencia alcanzados.

Los movimientos sociales no son una fuerza transformadora, o no lo han sido hasta ahora a pesar de la esperanza que generó en la izquierda intelectual la situación de los marginales. Pero sí son un germen que gesta un proceso creciente en que el nivel de conciencia alcanzado, a partir de la estructuración espontánea de un reclamo común, genera una organización cuya acción lleva

a incrementar el nivel de conciencia hasta pasar a formas organizativas superiores en las que reclamos y acciones dispersas se transforman en luchas.

### Contradicciones y dominación.

A manera de conclusión provisional trataré de hacer una síntesis general de las contradicciones que, en el momento actual, presentan los distintos grupos sociales, así como de los mecanismos de dominación que esas contradicciones generan. Para ello, aún a riesgo de un excesivo esquematismo, analizaré las contradicciones dentro del polo dominante, dentro del polo dominado y entre ambos.

Dentro del polo dominante existe una contradicción entre los países centrales y periféricos. El capital trasnacional de los países centrales necesita la expansión del mercado en los países periféricos. En el terreno de la salud ello significa venta de medicamentos y equipos. La extensión de cobertura resuelve el primer problema -de los medicamentos- al ampliar considerablemente el área de medicalización de la sociedad, en tanto que la atención primaria de salud resuelve el segundo -de los equipos- al diferenciar hacia arriba un subsector de atención médica altamente sofisticado que es el que consume la tecnología de salud moderna creada en los países centrales.

En ese movimiento se genera la raíz de la contradicción, ya que es aquí donde aparece una parte de la atención médica como un proceso productivo con sus propias necesidades de acumulación y su contrapartida necesaria, la proletarianización de su personal profesional, en tanto que el capital trasnacional está más interesado en la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo a bajo costo, lo cual no puede hacerse en las condiciones que los empresarios privados nacionales de atención médica están en condiciones de ofrecer. Esta contradicción puede, como señalábamos más arriba, viabilizar una propuesta que hasta ahora no era más que una ilusión de sanitaristas más o menos ingenuos, más o menos liberales.

El capital trasnacional, para disminuir sus conflictos con la fracción de la burguesía nacional que se le opone, encuentra aliados disponibles para hacer de gestores de sus propuestas ante las autoridades de salud, en esos mismos sanitaristas que vienen postulando el Servicio Nacional de Salud como solución técnicamente eficaz para resolver la mayoría -si no la totalidad- de los problemas de atención de salud. Muchas veces estos sanitaristas son funcionarios del gobierno. Otro aliado importante con que puede contar el capital trasnacional está en el aparato sindical, ya que muchas veces la propuesta pasa por la expansión de los servicios de la seguridad social que es, en la mayor parte de los casos, una fuente importante del poder de los sindicatos.

En cuanto al capital nacional general se enfrenta a su propia contradicción: en la esfera de la producción apoya las propuestas del capital trasnacional, pero en la del consumo prefiere que se mantenga un subsector de salud diferenciado para su propia satisfacción.

Esta situación tiene distinto grado de maduración en diferentes países de la

región, pero es posible prever su avance más o menos rápido en la medida que se agudice la crisis real del capitalismo a nivel internacional, y que progrese la contradicción que señalamos a continuación.

La práctica del médico sólo en su consultorio no es productiva, en el sentido que no produce una mercancía y no genera, en consecuencia, plusvalor. Si se busca una comparación con el sector secundario de la producción, es una práctica de tipo artesanal; no se incluye en el modo capitalista de producción.

Las actitudes y comportamientos de los médicos que realizan esa práctica -sin intentar replantear aquí la discusión acerca del concepto de clase- además del grupo social al que sirven, ubica a aquéllos del lado del polo dominante. Frente a esto, el subsector capitalista de la atención de salud, siguiendo la lógica de la acumulación, debe expandir su mercado, lo cual hace absorbiendo la clientela que atienden los médicos sólo y, en el proceso, proletarizándoles. Como ya señalé, en la medida que esta contradicción interna se resuelve, se profundiza la anterior, al eliminarse la capacidad neutralizadora del médico sólo y fortalecerse en consecuencia las empresas de salud.

En este conflicto los médicos sólo no tienen aliados, salvo algunos nostálgicos de la relación médico paciente como símbolo de misión humanitaria. Para el capital, en cualquiera de sus versiones, el médico sólo es un residuo del pasado, perteneciente a un modo de producción de atención médica superado, al que le resulta difícil encontrar formas de articularse con la realidad para sobrevivir. Su única opción parece ser la de transformarse en la forma que adoptaría, en los países desarrollados o centrales, la extensión de cobertura con atención primaria de alto nivel. Los países dependientes no demoraríamos en copiar la nueva moda, ya bastante avanzada en Estados Unidos de Norteamérica bajo el nombre de médico de familia (para que la nostalgia sea perfecta).

En suma, lo que el análisis de estas dos contradicciones internas del polo dominante revelan, es que las transformaciones que se proponen en el mismo son gestadas por el crecimiento de sus fuerzas productivas y que la clase dominante usa la fuerza que deriva de ser propietario del capital para proponer cambios organizativos a nivel de la organización del sector o de la práctica médica.

La diferencia más importante entre las contradicciones en el polo dominante frente a las que se presentan en el polo dominado, es que aquéllas generan propuestas organizativas en el sector, en tanto que estas difícilmente se expresan de esa manera. En realidad, la consecuencia principal de la existencia de contradicciones en el polo dominado es la dificultad para enfrentar la contradicción entre dominantes y dominados.

Los médicos, que a través del proceso sufrido se han transformado en proletarios explotados, no han adquirido mayoritariamente conciencia de su condición y en consecuencia mantienen su vieja identificación de clase. El resto del personal de salud confirma esa identificación con la suya propia, lo cual genera la contradicción entre médicos y resto del personal en el subsector capitalizado de servicios de salud, la cual adquiere su expresión conflictual

en la manera como se conforma el *equipo* de salud. Este, que debiera ser un conjunto armónico donde trabajadores con distintas capacidades asumen la parte que les corresponde del trabajo común, se torna en una miniorganización burocrática -jefe, línea jerárquica, subalternos, normas- que derrota su propio propósito. En este conflicto, todo el polo dominante apoya a los médicos, al ver reproducirse en el equipo de salud una forma organizativa que le es más cara como forma de dominación que de eficiencia, en tanto que el resto de los trabajadores no cuenta con ningún aliado, ni siquiera dentro de sus propias filas. La dominación que ejerce el médico es, por supuesto, por delegación.

La superación de la contradicción interna al personal de salud sería un importante paso de avance en el polo dominado que podría conducir a la formación de una agrupación sindical única de personal de salud que contuviera todas las categorías de la división social de su proceso de trabajo. Propuestas de este tipo se realizaron en varios países latinoamericanos en momentos de avance del movimiento popular. Su efectivización marcará la transformación de los médicos de ser una clase *en sí* a ser una clase *para sí*, de colaboradores con la dominación a luchadores proletarios.

Hay una segunda contradicción entre personal de salud del subsector de la seguridad social y sus patrones sindicales, que ocurre de manera diversa en distintos países de América Latina según las formas como se ha desarrollado el proceso de crecimiento de las organizaciones sindicales. El subsector de la seguridad social no es el único en que esto ocurre -la denominación *burocracia sindical* da fe de ello- y muestra una de las facetas extremas de la función articuladora de los aparatos sindicales al Estado, que es ponerse directamente al servicio de la clase dominante. El conflicto que en ocasiones se genera entre la conducción de los sindicatos y el personal de salud de la seguridad social, puede ayudar a impulsar la resolución de la contradicción anterior al unir en sus reivindicaciones gremiales a médicos y otro personal de salud.

En este caso la pelea es más pareja, ya que si los sindicatos reciben un tibio apoyo del capital, el personal de salud, incorporando al grupo médico, cuenta con una importante fuerza propia y con un recurso clave a través del manejo de los problemas de salud. El conflicto no tiene solución en la medida que el sindicato no abandone la esquizofrenia de representar a la clase trabajadora mientras se comporta como patrón. El problema reside en que el sindicato deriva parte de su poder de ese comportamiento, pero en esa medida sirve al capital.

La tercera contradicción que involucra al personal de salud es la que este presenta respecto a los usuarios de los servicios destinados a las clases populares. La raíz del problema estriba en el intento del personal de aliviar las penosas condiciones de trabajo a que están sometidos y, al mismo tiempo, al intento de los profesionales por apropiarse de una cuota mayor del dinero circulante.

Varias expresiones traducen esta contradicción: una de ellas es el maltrato a que son sometidos los pacientes que acuden a los servicios públicos y que es uno de los aspectos más irritantes de los mismos, dando origen ocasionalmente

a protestas de los usuarios. Más importantes son las diversas maneras en que se combinan aspectos administrativos de los servicios con el manejo de los profesionales, sobre todo en el subsector de la seguridad social: el pago por acto médico se traduce en una repetición innecesaria de dichos actos, en tanto que el pago de un sueldo fijado en base a una proporción respecto a una lista de pacientes potenciales conduce a eludir la realización de actos necesarios.

Cada procedimiento administrativo de control encuentra una respuesta en cuya base está la contradicción entre personal de salud y usuarios. Como es obvio, no existe solución administrativa para esto. Sólo la identificación correcta del interés común por la pertenencia a una misma clase social puede abrir el camino hacia un desempeño correcto del personal. En general, no hay apoyos explícitos para una u otra parte en otros grupos.

Entre usuarios de servicios públicos y aparatos sindicales surge una cuarta contradicción debido al interés sindical por mantener el privilegio alcanzado que es un servicio de atención separado del resto de los servicios públicos. En general no hay conflicto abierto; los usuarios de los servicios públicos no reclaman el derecho o la posibilidad de utilizar servicios destinados a trabajadores sindicalizados, a pesar que estos sí utilizan los servicios públicos con frecuencia, llegando a veces al extremo que un servicio público se destina a la atención de los derechohabientes de la seguridad social.

Esta contradicción sin conflicto se expresa, sin embargo, en la existencia misma de servicios separados y aparece entonces en el debate institucional, generalmente en la manera como se van a integrar los distintos servicios en un servicio único. La propuesta sindical es la expansión de la seguridad social a toda la población, eliminando la contradicción y entregando al aparato sindical, de paso, una importante ingerencia en el manejo de los cuantiosos fondos destinados a ese servicio. Esta forma posible de extensión de cobertura hace aparecer cada vez más al aparato sindical como otro de los aparatos del Estado. Por eso los sindicatos funcionan, en este aspecto, en alianza con el capital nacional, dispuesto este a ceder el control de la distribución de una parte del excedente en aras de no perder el control de la generación del mismo en el proceso productivo.

Es posible identificar otras contradicciones dentro del polo dominado: entre movimientos sociales, sindicatos, partidos populares, personal de salud y usuarios de los servicios, pero ya se han señalado las principales en cuanto a su capacidad, ya mencionada al comienzo de esta sección, sobre los problemas que engendran las contradicciones internas del polo dominado para poder enfrentar la contradicción principal. Y esto ocurre porque así como el polo dominante utiliza su fuerza para organizar, la única fuerza que posee el polo dominado es la de la organización que crea. El polo dominado es débil porque sus propias contradicciones lo desorganizan.

La contradicción principal entre el polo dominante y el dominado es la que existe entre el capital y el trabajo, la cual responde a las distintas necesidades a que se enfrentan uno y otro. Es como si existiese una lógica para el capital y otra para el trabajo, consistiendo la primera en la lógica de la acumulación y la segunda en la de la producción y reproducción de la

vida social.

Sintetizaremos las relaciones que se establecen entre capital y trabajo en el terreno de la atención médica, examinando los distintos tipos de capital que intervienen, así como los sectores del trabajo y sus problemas específicos.

El capital en los países centrales nos interesa en cuanto relacionado con el sector salud de los países dependientes, esto es el destinado a la producción de medicamentos y equipos médicos, y en cuanto implica un posible impacto directo sobre la fuerza de trabajo en los países dependientes: las empresas transnacionales en general. En los países periféricos subsiste la misma división, sólo que aquí el sector salud está representado por el subsector de atención médica capitalizado, en tanto que el capital general lo es por las diversas fracciones del sistema productivo nacional.

En cuanto a la fuerza de trabajo sólo tomo en consideración la de los países dependientes. Su problema es el de su reproducción, el cual también puede considerarse bajo los aspectos de distribución y consumo de la producción de bienes y servicios. Es conveniente incluir de manera diferenciada al personal de atención médica por la importancia que adquiere su proceso de trabajo, en el que se incluyen la división del trabajo, la tecnología utilizada y la organización de los servicios a que una y otra dan lugar.

El capital de salud del centro presenta una doble contradicción: con el personal de salud y con la fuerza de trabajo en general de los países periféricos; con el primero por la imposición de una tecnología que acentúa la división del trabajo en el sector, profundizando así la pérdida de posesión del proceso de trabajo por los trabajadores y acelerando su proletarianización y alienación; con la segunda por la progresiva medicalización de la vida -el incremento del control médico y medicamentoso de los procesos vitales: sueño, vigilia, estimulación, descanso, apetito- que compite con otras necesidades del consumo popular, la satisfacción de las cuales podría aportar mucho más a la reproducción, tanto biológica como de mantenimiento, de la clase trabajadora.

El capital transnacional comparte con el de salud central esta última característica; es decir, sus mercancías disputan a otros bienes de mayor valor de uso las preferencias de la clase dominada. En lo que al proceso productivo se refiere, su necesidad de reducir permanentemente el valor de la fuerza de trabajo hace que aumente la tasa de explotación en las empresas que instala en los países periféricos, aumentando el desgaste de los trabajadores y, en consecuencia, sus necesidades de mantenimiento que se resuelven a través del consumo médico.

En los países periféricos, el capital de salud, como gestor de los intereses del capital de salud en los países centrales, presenta con los trabajadores del sector y en general las mismas contradicciones que ya se han señalado. Además existe con su personal una relación antagónica directa, por ser el capital de salud el que extrae el plusvalor a su fuerza de trabajo.

Por fin, la misma relación que existe entre transnacionales y fuerza de trabajo



en general, se repite para el capital nacional y esta última.

Este conjunto de contradicciones antagónicas es el marco donde se ubican las otras relaciones que conforman la determinación compleja de las políticas de salud y que permiten entender la intermediación que establece el nexo entre aquellas contradicciones y los conflictos sociales que se producen dentro de cada una de las clases y entre ellas. Sólo entendiendo esas relaciones y sus determinaciones, basadas en las relaciones de producción que aparecen como la contrafigura de las fuerzas productivas -pero no agotadas en ellas- se puede comprender el significado de la política de salud que esas relaciones generan y postular su transformación.

### Estrategias de transición

En base a las consideraciones anteriores, mi propuesta comienza afirmando que, en América Latina, en las actuales condiciones que enfrentan los países subdesarrollados, capitalistas y dependientes, el objetivo central de la planificación debe ser contribuir a promover la creación de condiciones que posibiliten la realización de acciones conducentes a cambios sociopolíticos y económicos en los países.

### Postulado de coherencia

Una segunda afirmación establece una relación necesaria entre propósitos, métodos para alcanzarlos y organización de las instituciones que se encargan de ello. A esta relación la llamo *postulado de coherencia*. De aquí se deriva la necesidad de estudiar estos tres aspectos, a la luz de las condiciones señaladas; de esas condiciones, la existencia de actores oponentes apunta al examen del poder que cada uno de ellos dispone.

La acción que se desarrolla a nivel de instituciones termina por orientar la definición de estrategia y precisa, en consecuencia, el significado de la planificación estratégica para esta manera de ver las cosas.

Estrategia es la forma de implementación de una política. Política, a su vez, es una propuesta acerca de la distribución del poder, lo cual nos remite por fin a la categoría central del enfoque de la planificación estratégica.

La dinámica del relacionamiento entre estas categorías marca las pautas de la planificación necesaria en estas condiciones históricas. Para el análisis de esta dinámica conviene comenzar con el postulado de coherencia que dice que los propósitos de una institución, los métodos que utiliza y la organización que asume, deben ser coherentes.

La relación de coherencia se expresa, en ciencias sociales, de dos maneras: determinación y condicionamiento. La primera puede definirse como la fijación, por un fenómeno, de las condiciones para la eficacia de otro fenómeno; su

lógica no es estrictamente causal, es decir, no se afirma que *si A, entonces B*, sino que: *si A, entonces queda determinado que para que B sea eficaz, deben cumplirse las condiciones c, d, e...* El condicionamiento, en cambio, es la fijación de límites, por un fenómeno, al funcionamiento de otro. Dicho de otra manera: *si B, A no puede apartarse de realizar (o no realizar) x, y, z...*

El postulado afirma que entre propósitos, métodos y organización, existe una relación de primer nivel, que puede ser unidireccional o bidireccional entre dos cualesquiera de esos componentes, sin dar indicaciones acerca de cual de los modos posibles de la relación se cumple, entendiendo por modo tanto la dirección de la relación como su carácter (determinación o condicionamiento) o la bidireccionalidad.

Como son numerosas las formas posibles de la relación, uno de los problemas es definir las condiciones en que rigen unas u otras. Un segundo problema es identificar si existen otras instancias de determinación de cada uno de los componentes señalados.

Propósitos.

Iniciemos el análisis examinando los propósitos de un gobierno capitalista dependiente, en una formación social como las latinoamericanas. Resulta claro, a partir de las formulaciones modernas de la teoría del Estado, que este juega un rol determinante de los propósitos del gobierno, con lo cual aparece una segunda instancia, en un nivel distinto al anterior.

Conviene considerar el papel del Estado, en las formaciones sociales del tipo señalado, en dos niveles de agregación sucesivos: el que se caracteriza por su funcionamiento de conjunto, homogéneo, y el que revela sus contradicciones internas con distintos grados de heterogeneidad.

En el primero de esos dos niveles el papel principal de las instituciones del Estado es garantizar la continuidad del sistema capitalista y, en la medida de lo posible, la resolución de las contradicciones que se gestan dentro de los grupos dominantes. Para cumplir con este papel, las instituciones del Estado actúan como factor de cohesión de la burguesía y de desorganización del proletariado.

En el segundo nivel de agregación aparecen elementos de heterogeneidad dentro de las instituciones del Estado, los cuales pueden dar lugar a contradicciones que conduzcan a la creación de condiciones favorables al desarrollo o fortalecimiento de los conflictos interclases. Es a través de la profundización de esas contradicciones que la planificación puede jugar un papel que le permita funcionar como mecanismo facilitador de situaciones que desencadenen o aceleren procesos de cambio social.

Los propósitos de un gobierno pueden definirse de la siguiente manera: 1) un propósito permanente que es la legitimación de la situación actual, esto es, su propia legitimación como gobierno y la de las características dominantes de la formación económico social que lo sustenta; 2) un propósito principal que es el crecimiento -y en términos más específicos el crecimiento de la produc-

tividad- y 3) un propósito posible que es la facilitación de las condiciones que conduzcan a la transformación de la estructura social.

Los propósitos uno y dos están en relación con la visión del Estado como homogéneo, el tercero es más compatible con la consideración del Estado como heterogéneo. Los términos homogéneo y heterogéneo no son, tal vez, los más felices en una explicación rigurosa de las funciones del Estado. Es más correcto hablar de una forma específica de articulación de distintos grupos sociales en el Estado (siendo la articulación lo que da cuenta de la homogeneidad y la existencia de distintos grupos sociales lo que explica la heterogeneidad).

Lo que sucede es que resulta más clara la relación entre las categorías utilizadas (homogeneidad, heterogeneidad) con los propósitos del gobierno (legitimación, crecimiento, transformación), que es lo que se quiere destacar, que la relación articulación de grupos sociales en el Estado con esos mismos propósitos.

Método.

El componente método del postulado de coherencia tiene un segundo nivel de determinación, que no es otro que la teoría específica del problema que el método intenta resolver.

A nivel de la conducción de la sociedad -que es lo que estamos considerando en este momento- el método se refiere a los procedimientos de gobierno que efectivizan una cierta conformación del Estado, lo que algunos autores definirían como régimen. La planificación forma parte de ese método, pero no es definitorio del mismo, ya que puede servir como mecanismo de intervención en distintos regímenes, aunque con significación diferente.

Organización.

Veamos, por último, el tercer componente (organización) de nuestro segundo problema (las instancias de determinación). No cabe duda que la historia es determinante de las organizaciones de una sociedad, con lo que aquella aparece como la determinación de segunda instancia en este caso.

Entiendo que una organización es, considerada en forma instantánea, una cristalización de la historia, un momento de la misma que recoge en esa forma concreta todo un desarrollo ligado a otras determinaciones sociales, culturales, políticas y económicas. En consecuencia, el análisis de las organizaciones que existen en un momento histórico dado nos habla, indirectamente, de esas otras determinaciones procedentes del pasado, junto a las que devienen del momento presente.

Esa doble determinación, histórica y actual, da cuenta de la forma permanente o estructura organizacional estable, al mismo tiempo que su funcionalidad, su adecuación a necesidades del momento, su permanente requisito de legitimación y, en consecuencia, su posible variabilidad.

Cuanto mayor sea el peso de la determinación histórica, mayor será la estabilidad y el conservatismo (interno) de una institución; si predomina la determinación actual, mayor será la adaptabilidad institucional a situaciones nuevas o cambiantes. Esta determinación actual corresponde a los componentes del postulado que hemos denominado de primer nivel: propósitos o método.

Examinados los componentes en sus dos niveles de determinación, seguiremos analizando los otros problemas.

Modos.

El primero es el de las condiciones en que en un país se cumple un cierto modo de las relaciones entre los tres componentes del postulado. Intentaré argumentar una forma de la relación para casos como los latinoamericanos, recordando que cuando el postulado no se cumple en la realidad, la consecuencia es la pérdida de eficacia. Una vez hecho esta trataré de deducir las condiciones de esa forma particular.

En cuanto a la relación propósitos método, la afirmación que se hace aquí es que los propósitos del gobierno son determinantes en los métodos de gobierno que este utiliza. Es difícil comprobar esta afirmación, pero si se considera como un cambio de propósitos el paso de la dictadura a la democracia formal (consideración cuya legitimidad puede defenderse ampliamente), entonces sí puede decirse que, en varios países latinoamericanos, la transición de la dictadura a la democracia determinó la aparición de una institucionalidad y una metodología distintas para el cumplimiento de los nuevos propósitos.

La posibilidad de la afirmación recíproca, esto es, que los métodos de gobierno determinen sus propósitos, no parece ser una aseveración muy válida en general, y mucho menos en la situación de América Latina. Es decir, podría considerarse que un país de sólidas tradiciones y de gran estabilidad, con una historia que hubiera llegado a una situación de madurez, con un nivel de desarrollo satisfactorio y una aceptable distribución de sus beneficios, estuviera en una situación de equilibrio en la cual, sobre la base de un amplio consenso, hubiera una determinación de los propósitos por los métodos de gobierno. Pero nada se parece menos a la situación general de nuestros países.

El otro elemento a tomar en cuenta en el análisis de esta relación, es la posibilidad que exista un condicionamiento de los propósitos por el método. Un ejemplo basta para mostrar que tiene que ser así. Si el propósito es crecer, ello determina que el método utilice categorías y procedimientos eficaces para plantear los problemas de crecimiento, por ejemplo todos aquéllos que se refieran a la acumulación de capital con gran detalle. Pero ese método, a su vez, necesariamente condiciona el ámbito de los propósitos: no es posible, a partir del mismo, plantear un cambio de estructura social, aún cuando a largo plazo la consecuencia de una cierta política de inversiones sea, precisamente, un cambio de estructura.

En consecuencia, la relación de propósitos y métodos es de determinación entre el primero y el segundo y de condicionamiento en sentido inverso.

La relación propósitos-organización es simétrica de la anterior. En un país que atraviesa por una etapa de acelerado y desordenado proceso de cambios, aún cuando estos sean independientes de los propósitos del gobierno, las condiciones de eficacia global organizativa están fijadas por esos propósitos.

¿Podría la organización del Estado determinar sus propósitos? Creo que no y por las mismas razones que antes. Una organización madura, consolidada, sólida, sí podría hacerlo. No es esa nuestra condición.

La simetría también existe en cuanto a la relación de condicionamiento. Una forma organizativa, por inmadura que sea, permite o no la formulación de ciertos propósitos.

En suma, las relaciones entre propósitos y organización son la determinación de la organización por los propósitos y el condicionamiento inverso.

Para la relación organización-método no parece muy razonable suponer que éste fije las condiciones de eficiencia de aquella, es más fácil pensar que la dirección contraria es la correcta, en el sentido, por ejemplo, que es la institución parlamentaria la que determina la probada eficacia del método parlamentario, con su discusión ordenada, sus claros criterios de asignación del derecho de palabra, las votaciones de mayoría para tomar decisiones.

Es posible pensar que todo ello se conformó debido a la necesidad de juntar representantes de la población con necesidades y opiniones divergentes, con el propósito de legislar de acuerdo al bien común. Pero es precisamente la institución parlamentaria la que en los países subdesarrollados tiene una función precaria y una vida lábil ante circunstancias de excepción, que es como se ha calificado a los Estados de los países capitalistas periféricos o dependientes.

Una organización débil no puede ser determinante de un método. Esta es, a mi juicio, una de las características que tipifican al subdesarrollo: la inmadurez organizativa, la fácil discontinuidad que se expresa en la aparición y desaparición de instituciones que no llegan a adquirir una tradición, a tener peso propio, a tener la capacidad de implantar normas (determinar un método) que le den permanencia frente a las coyunturas.

¿Será cierta la afirmación recíproca que el método determina la organización? Es difícil encontrar argumentos muy sólidos que la justifiquen; sin embargo, la misma labilidad organizativa hace que aumente la probabilidad que un método enteramente coherente sea un factor determinante de las características organizacionales, aún superando otras determinaciones (por ejemplo, la de los propósitos).

Por eso es posible observar organizaciones ineficaces debido a la incorporación acrítica de métodos inadecuados (por ejemplo algunos procedimientos optimizadores a situaciones de gran ambigüedad, es decir de fuerte imprecisión en cuanto a variables y relaciones intervinientes). Esta argumentación significa que la ineficiencia de la organización no es debida a que no se cumple el postulado de coherencia sino precisamente a lo contrario, se cumple con un

método intrínsecamente ineficaz.

La organización condiciona al método. Admitir que pudiera no ser así sería reconocer la omnipotencia de este. Y a pesar de la reiterada labilidad, es obvio que cualquier institución pone límites a sus procesos, esto es, condiciona su método.

En suma, en la situación actual de América Latina, los métodos determinan sus organizaciones y estas condicionan a aquéllos.

En conclusión, podemos afirmar que la forma particular del postulado de coherencia en muchos países latinoamericanos es la que se presenta en el siguiente esquema (ver gráfico).

Condiciones.

Las condiciones en que se da esa forma particular caracterizan a cada uno de los componentes del postulado y a sus determinantes en *segunda instancia* (los vértices exteriores del gráfico), que sintetizaré a continuación.

De nuevo veremos aparecer en la descripción una cierta confusión entre los componentes, lo cual no hace más que revelar las dificultades analíticas de una situación concreta.

Comencemos por el principio, es decir por la historia. Un período histórico puede ser considerado como el proceso de desarrollo de un modo de producción dominante en una formación económico social. En cada período hay subdivisiones que definiré como de conformación y crecimiento, de estabilización o madurez y de declinación.

Diría que muchos países de América Latina se encuentran en la primera de esas fases, de largo proceso de gestación, de enormes dificultades en su camino por llegar a conformar organizaciones políticas, económicas, culturales, de un nivel aceptable de funcionamiento. De ahí lo que he definido como *labilidad organizativa* que es, tal vez, la principal condición del modo descrito.

En esas circunstancias (fase de conformación y crecimiento de un modo de producción dominante) el papel del Estado es intentar la consolidación de esa dominancia, lo cual significa que va a acentuar sus funciones de árbitro y, en lo posible, cohesionador de ciertas fracciones de la burguesía, de controlador de la organización del proletariado y de apoyo importante al proceso de acumulación de capital. Esto va a traducirse, en el terreno de propósitos del gobierno, en la enfatización de la legitimación y el crecimiento. Y esta es, a mi juicio, la segunda condición de aquella forma asumida por el postulado.

La caracterización de las organizaciones y los propósitos del gobierno en nuestros países, puede ser contradictoria con la de los países capitalistas avanzados o maduros. Esta contradicción existe y es una de las razones de los cambios que los países dominantes quieren introducir en los dependientes y, como contrapartida, de los gestos de pseudo independencia que a veces hacen los países dependientes ante los países centrales. En ambos casos, son fuentes de

dificultades en el funcionamiento del postulado.

En tercer lugar, la teoría de gobierno en el subdesarrollo (capitalismo dependiente, periférico, tardío, o comoquiera llamarlo) es débil, en el sentido que ninguna proposición existente tiene el consenso requerido para formar parte del paradigma de las ciencias sociales. Esta carencia teórica es la tercera (también en orden de importancia) condición del modo; su consecuencia metodológica es la ausencia de un método eficaz de toma de decisiones que cumpla, a la vez, con la determinación de los propósitos y el condicionamiento de la organización.

Y una última observación en el terreno de la teoría. Si observamos el esquema del postulado, veremos que lo más determinado es la organización y, en segundo lugar, el método. Basado en ello, creo que el método tiene que prestar especial atención a esos dos componentes que son los más determinados; es decir, a las organizaciones en los distintos niveles que sea pertinente y al mismo método de gobierno.

Esto último sólo puede interpretarse en el sentido que el método debe contener la capacidad de revisarse críticamente de manera continua (¿o que quienes lo utilizan deben tener capacidad autocrítica?) o lo que es lo mismo, de ser lo menos normativo posible, a pesar de la aparente contradicción que estos términos sugieren.

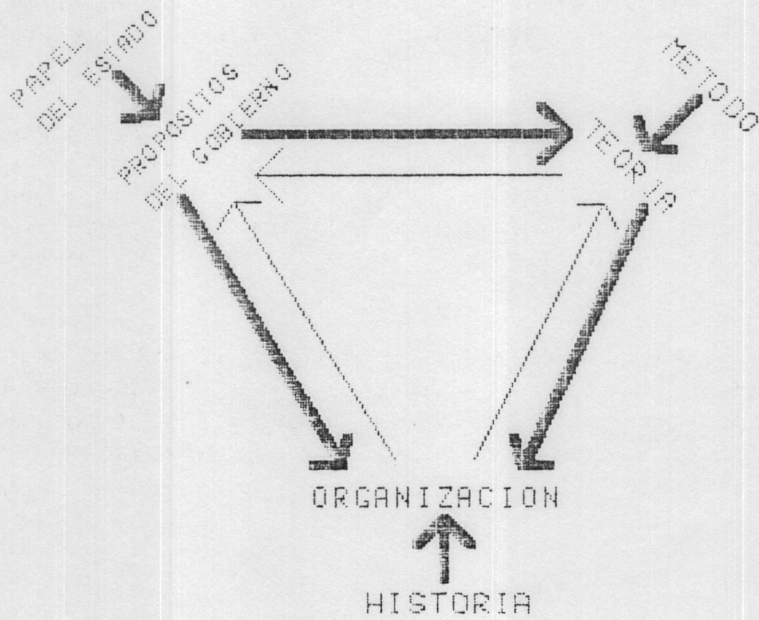
### Poder

El concepto de organización que utilizo abarca dos aspectos: el institucional, o la consolidación burocrática de una organización en general, y la agrupación de personas con intereses comunes, los actores sociales primarios. Es en las organizaciones en este doble sentido donde se ubica el poder de la sociedad.

La consideración del poder debe hacerse en un doble eje: el que corresponde a los resultados de su ejercicio y el que diferencia tipos específicos.

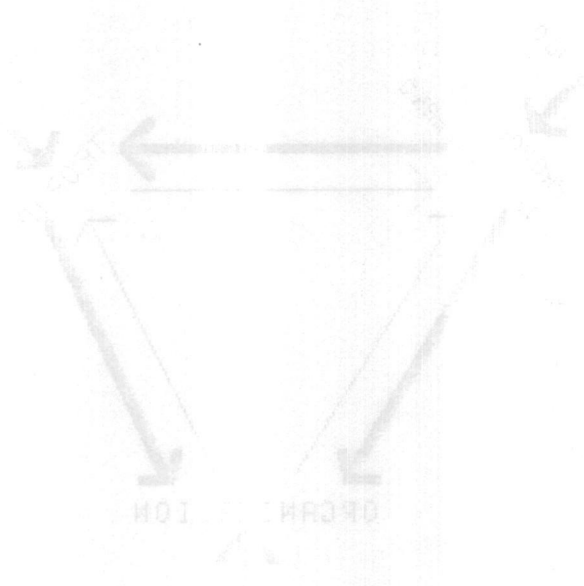
En el primer eje existe un poder cotidiano que se refiere a que y como hacer las cosas; esto genera una disputa (a nivel de las distintas organizaciones) en la que los aliados naturales son los que comparten una misma división social del trabajo, aunque muchas veces esta línea se ve rota por circunstancias particulares que generan otras alianzas coyunturales. Lo que resta transparente a esta situación es no entender que la disputa por el poder cotidiano está inserta en (e implica a) el Poder societal, de largo plazo, referido al tipo de sociedad a construir (producir o reproducir), en la que el aliado natural es el aliado de clase. Esta confusión es aprovechada por la clase dominante mediante una estrategia de hegemonía institucional.

El poder cotidiano implica el Poder societal porque el tipo de sociedad a construir implica quehaceres y comohaceres cotidianos, ámbito donde se localizan mecanismos de dominación personales que reproducen, en la escala de los



La flecha gruesa es la determinación y la delgada el condicionamiento





NOI      HRJRD

RI      2IH

THE FIRST PART OF THE REPORT IS A SUMMARY OF THE WORK DONE DURING THE YEAR.

individuos, la dominación de una clase por otra.

El otro eje de análisis corresponde a los tipos de poder que dispone cada sector de actividad. Como se trata de un problema específico lo ejemplificaré con el tratamiento del mismo para el sector salud.

En el caso de salud, los tipos principales de poder que se manejan los he denominado: técnico, administrativo y político. Cada uno de ellos es una capacidad de algún individuo, grupo social, institución, que se refiere en el primer caso a la información, en el segundo a los recursos y en el tercero a grupos sociales.

Poder técnico es la capacidad de generar, acceder, manejar información de distintas características. Poder administrativo es la capacidad de apropiarse y asignar recursos. Poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses.

A continuación se presentan algunas características de estos tres tipos de poder y sus implicaciones y determinaciones en el manejo del sector.

Poder técnico.

El poder técnico tiene varios aspectos y opera en múltiples ámbitos. Los aspectos se refieren al tipo de información que maneja esa forma de poder. En principio podríamos identificar los siguientes: a) médica; b) sanitaria; c) administrativa; d) marco teórico.

Información médica es la que habitualmente maneja el médico en relación con el paciente y fundamentalmente la clínica (pero también la anatomía, fisiología, patología, etc.). La información sanitaria corresponde a la que comúnmente se registra como morbilidad y mortalidad, pero en sentido más amplio es la distribución de la enfermedad en la población. La información administrativa es la que ocupa la atención de los administradores no médicos de los servicios de salud, en general corresponde a los diversos indicadores de uso de recursos, tales como: medidas de producción, costo, productividad. Esta es la información que, junto a la sanitaria, sirve para tomar las decisiones habituales en el sector.

Por último, existe un tipo particular de información que no se maneja habitualmente, si acaso de manera implícita, que es el marco teórico más general en el que deberían desenvolverse (entenderse, relacionarse) los otros tipos de conocimientos citados.

Ese marco teórico de la salud es conocido por la epidemiología como el problema de la causa de las enfermedades o, ampliando la noción de causa, la determinación y, mejor aún, la producción de las enfermedades en un sentido social, esto es, referido a grupos de población socialmente diferenciados y en los que esa diferenciación forma parte de la definición de lo social. En este sentido no es social tener más o menos ingresos o más o menos años de educación formal, pero sí pertenecer a clases -en el sentido de algún marxismo- diferentes.

Lo cual significa un cuestionamiento del marco teórico tradicional desde una perspectiva crítica y un intento de construir un nuevo marco teórico utilizando las categorías que parezcan ser más productivas en la elaboración del nuevo paradigma. Esta discusión científica es, entonces, al mismo tiempo, una lucha política. El estudio del proceso de trabajo, en sus relaciones con la salud, es el que hasta ahora ha sido más fructífero en el intento de dar un contenido concreto a la nueva epidemiología social.

Estos distintos tipos de información circulan en diferentes ámbitos cuya caracterización es de gran importancia para el diseño estratégico.

En principio pueden considerarse cinco ámbitos de discusión, aunque cada uno de ellos debe tomarse como una categoría global, susceptible de subdividirse a su vez en varias subcategorías según las circunstancias concretas que se enfrenten. Los cinco ámbitos gruesos son: la docencia, la investigación, los servicios, la administración superior y la población.

El ámbito docente se refiere a la docencia de ciencias relacionadas con la salud de nivel superior, generalmente universitaria, incluyendo también el posgrado, pero puede incluir otros niveles como los politécnicos, las escuelas medias de enfermería o de otras disciplinas calificadas como auxiliares de la medicina, los cursos de extensión universitaria y otros. El ámbito de investigación corresponde a las instituciones docentes o de servicio donde se realiza investigación referida a salud, o a instituciones especialmente destinadas a esta. Se distinguen los ámbitos de servicios y de administración superior porque se suponen diferencias importantes entre ambos. En el ámbito de servicios puede ser necesario una división más fina, del tipo de servicios asistenciales y preventivos, o dirigidos a distintos grupos de población (por ejemplo a trabajadores). El ámbito población puede requerir identificación de grupos sociales dentro del mismo, pero su categorización deberá estar ajustada a las circunstancias específicas que se enfrente.

Con esta descripción inicial puede construirse un cuadro de doble entrada con el tipo de información por un lado y los distintos ámbitos por otro, marcando *prima facie* como se presenta la distribución actual en América Latina, es decir, indicando en principio cual tipo de información se maneja en cada ámbito. El cuadro aparecería como sigue:

INFORMACION	A M B I T O S				
	Docencia	Investig	Servicios	Adm. Sup.	Población
Médica	xxxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxxxx	xxxxx	xx
Sanitaria	xxx	x	xxxxx	xxxxxxxxx	x
Administrativa	x	x	xxxxxx	xxxxxxxxx	
Marco teórico					

Al señalar la ausencia de marco teórico en todos los grupos, me refiero al tipo de marco teórico que supere las limitaciones de las determinaciones biológicas ecológicas, es decir, a la existencia de un marco teórico social.

La identificación correcta (y pormenorizada) de las características de este cuadro en una situación real, es un elemento de suma importancia en el diseño de la estrategia.

Otra cuestión importante en relación al poder técnico es la que se refiere a las instancias y procedimientos de gestación, procesamiento y uso de la información, en relación a los grupos sociales que manejan cada una de esas instancias.

En el origen de ciertos datos hay población o personas que trabajan en el ámbito; esa población o esos trabajadores pueden ser el sensor más periférico del sistema de información, o este constituirse al margen de aquéllos, como grupos especializados en la tarea de recolección de datos que van a ser enviados a los canales de transmisión y procesamiento. El procesamiento inicial de los datos puede estar relacionado con ese origen o articularse al margen del mismo, como un subsistema independiente de aquél. El grupo social que maneja el canal de transmisión y procesamiento puede ser similar o distinto al que genera los datos. En cuanto a los usuarios es importante conocer el acceso de los mismos a las decisiones sobre el procesamiento (o transformación de los datos en información), ya que esta es una fase clave en cuanto a la posibilidad de utilizar este instrumento de poder de manera crítica.

Los diversos grupos sociales que conforman el subsistema de información pueden ser *homogéneos* en cuanto a que todos ellos pueden ser caracterizados de la misma manera según el criterio social utilizado, o *heterogéneos* si no cumplen ese requisito. La mayor homogeneidad del sistema implica la posibilidad de una máxima acumulación de poder técnico.

Otra característica del poder técnico es lo que se puede denominar como el *estilo* del mismo, en cuanto hay lenguajes que ocultan o, alternativamente, revelan lo fundamental del proceso acerca del cual se informa. Hay un estilo elitescos, de palabras difíciles y códigos secretos, cuya función principal no es servir de medio de comunicación rápido entre especialistas o expertos, sino impedir la transmisión del conocimiento hacia capas amplias de población como medio de retener, junto con la información, el poder que esta genera.

El diseño estratégico en cuanto al poder técnico se basará principalmente en proposiciones acerca de las cuatro variables analizadas hasta aquí: tipo de información y ámbito de la misma, homogeneidad del sistema y estilo.

Poder administrativo.

El poder administrativo, visto desde la perspectiva de la acumulación de poder en el sector, se sintetiza casi totalmente, en los países capitalistas, a través de las diversas formas de financiamiento que es el elemento central organizador de los diversos subsectores del sector salud.

Ocurre aquí algo similar a lo que sucede con el poder técnico en cuanto a la variable *homogeneidad* referida a los grupos sociales que están ligados al origen de los fondos, su canalización y el destino que reciben. Este es un

problema bastante analizado en sus aspectos formales, en cuanto a los circuitos posibles en cada subsector y entre ellos, y menos en lo que respecta a sus implicaciones sociales.

El financiamiento, como expresión del poder administrativo, es fundamental en los desplazamientos de poder dentro del sector, sin alcanzar a producir cambios radicales que modifiquen la estructura social, pero rozando muy de cerca aspectos sustantivos de los conflictos de clases.

En una primera aproximación pueden identificarse tres subsectores gruesos en el sector salud: público, privado, intermedio o semipúblico, el primero representado por la actividad oficial con punto de partida en el Ministerio de Salud, el segundo con las diversas modalidades que asume las prestaciones de servicios privados de atención médica, el tercero con las características de los seguros destinados a financiar la atención de los trabajadores y sus dependientes.

Cada uno de los subsectores tiene una forma específica de financiamiento, una modalidad de prestación de cierto tipo de servicios, una población a la que destina principalmente su actividad. Pero además existen comunicaciones entre los subsectores, a través de las superposiciones entre las coberturas correspondientes, o las desviaciones de recursos, configurando así el sector una red de servicios de gran complejidad, cuya correcta interpretación va mucho más allá de la identificación de componentes y relaciones.

Las características descritas tienen que ver con aspectos estructurales de la sociedad y más concretamente con el papel del Estado. Así, la creación de la seguridad social para los trabajadores tiene que ver con la creciente ingerencia del Estado en el terreno productivo, o con la identificación correcta por la clase dominante del problema que significa la reproducción de los trabajadores, junto con el fortalecimiento de las organizaciones sindicales.

El seguro social, que una lectura ingenua puede entender como un avance de la clase trabajadora al poner en sus manos algunos recursos de poder -a través del manejo de la canalización de fondos en ese subsector- también puede interpretarse como la institucionalización de una contradicción, quitándola de ese modo del terreno donde la contradicción es más fértil, esto es de la base trabajadora, sustrayéndola así de la lucha de clases.

El papel productivo del Estado puede significar asimismo la necesidad de disminuir los costos llamados sociales, por improductivos, lo cual lleva propuestas de abaratamiento de la prestación de servicios que puede asumir varias formas: en general simplificaciones en la prestación o reordenamientos organizativos. Estas propuestas llevan nombres atractivos que se ponen de moda a través de congresos, publicaciones, informes y que se generalizan abarcando un ámbito mundial: *salud para todos*, *salud por el pueblo*, *medicina comunitaria* y muchas otras denominaciones, no alcanzan a ocultar, a pesar de lo millonariamente publicitadas, la desigualdad que perpetúan.

Si además del papel del Estado se considera el proceso de transnacionalización de las economías nacionales, con su necesaria contrapartida que es mantener

bajo el costo de la mano de obra local, se verá que se refuerza la tendencia anterior al coincidir las necesidades del Estado, como controlador directo del capital, y de las empresas transnacionalizadas.

Junto a esa determinación, la necesidad simultánea de realizar ganancias en la venta de equipos, materiales y drogas altamente sofisticados, diferenciará aún más los subsectores de salud en los destinados a servir de consumo suntuario para la clase dominante y de mecanismo reproductivo para la clase trabajadora.

Dadas las características mencionadas es difícil que se puedan lograr modificaciones sustantivas en el terreno de la organización sectorial. Sin embargo, pueden identificarse situaciones coyunturales que permitan introducir algunas propuestas de reformas menores que impliquen un avance político, o, por lo menos una mejor atención a grupos de población más desatendidos. En general, cuando se considere inviable modificar los subsectores, se podrá en cambio hacer proposiciones que corrijan los aspectos más nocivos de las interrelaciones entre los mismos: la desviación de recursos del subsector público al semipúblico o al privado.

Los análisis estratégicos estarán referidos principalmente a la homogeneidad de los grupos sociales que intervienen en las distintas fases del financiamiento de cada subsector, a la modalidad de la prestación del servicio, a la legalidad de la cobertura y al control y la regulación de las comunicaciones entre los subsectores.

En los análisis tradicionales el examen de los aspectos administrativos se hace, generalmente, en base al enfoque de sistemas. Lo que se estudia es el sistema de salud, esto es, la organización sectorial, pero quitando el énfasis de las relaciones de poder para ponerlo en el examen de los recursos y su productividad. De esa manera la eficacia y la eficiencia en el uso de los recursos son las categorías centrales de esa forma de análisis. Esas categorías no se descartan en esta otra manera de ver el problema, sólo que se complejizan al introducir la noción de eficacia política, la cual se transforma en la nueva categoría central de este análisis crítico.

Entre las nociones de eficacia y eficiencia administrativa y eficacia y eficiencia política existen ciertas relaciones temporales importantes. Cada decisión administrativa (uso de poder administrativo) tiene una consecuencia sobre los grupos sociales afectados en cuanto decisión, consecuencia que se traduce en el aumento o disminución del apoyo que cada uno de esos grupos presta a los que toman la decisión y a todos los demás. Estos cambios son los que viabilizan otras decisiones.

El primer desplazamiento de poder ante una decisión tomada, es seguido por otro que ocurre en algún momento posterior a la implementación de la propuesta y en relación a su eficacia y eficiencia operativa. Es decir, hay dos momentos de eficacia política ante una decisión administrativa así como hay tiempos, técnicos y políticos, que separan la decisión de la implementación y del momento de su eficacia.

Al instante de tomarse una decisión administrativa comienzan dos tiempos: el

político o tiempo que demora en producirse la reacción de apoyo o rechazo de los grupos sociales interesados o afectados por el problema, el técnico o tiempo que demora la decisión en implementarse hasta alcanzar eficacia operativa. A partir de ese segundo momento, el de funcionamiento eficaz de la decisión implementada, vuelve a iniciarse un nuevo tiempo político que es ahora el de respuesta ante los hechos producidos, o eficacia política de la eficacia y eficiencia procesal.

#### Poder político.

Desde un punto de vista teórico el poder es objeto de conocimiento científico, en el cual pueden considerarse por lo menos dos versiones distintas: la que corresponde a la occidental capitalista y la materialista dialéctica.

En ambos casos se trata de conocimiento científico a partir de diferentes interpretaciones de la ciencia; como tal, es un conocimiento concreto del poder, o conocimiento de las múltiples determinaciones que lo caracterizan, sólo que esas determinaciones difieren en uno u otro caso, coincidiendo en el primero con la práctica de la dominación y en el segundo con la de la hegemonía.

Pero la teoría del poder como objeto de conocimiento también puede estar basada en un conocimiento ideológico, que si bien en alguna de las versiones de la ideología puede ser considerado como conocimiento científico, se caracteriza básicamente por su carácter abstracto, por ser un conocimiento aislado, ideal, despojado de sus múltiples determinaciones y desjerarquizado.

En cuanto práctica, el poder puede ejercerse como sometimiento de subordinados a jefes, de dominados a dominantes, de débiles a poderosos. En forma alternativa, el poder asume caracteres de hegemonía al establecer una jerarquización basada en la importancia de los propósitos que se persiguen.

Una manera alternativa de considerar el poder político es como una capacidad de conducir personas o grupos que se materializa de distintas maneras y que adquiere significaciones diferentes según se lo considere como un fenómeno aislado o sometido a sus múltiples determinaciones, o se lo examine desde la perspectiva de los efectos que tiene sobre los individuos y grupos al mismo tiempo, que sobre las situaciones que estos confrontan.

Como fenómeno aislado el poder se puede definir como la capacidad de un individuo de lograr que otro haga algo que este no haría si aquel no tuviera poder, en tanto que sometido a sus múltiples determinaciones se transforma en un fenómeno que, en términos de teoría social, es la capacidad de un grupo social, en particular una clase social, de realizar sus objetivos, en particular sus objetivos históricos. Esta capacidad de un grupo social de realizar sus objetivos hace referencia a la importancia que ese grupo ha adquirido en la sociedad, a la permanencia del mismo a lo largo del tiempo y a la validez de los objetivos que postula; cuando el grupo es una clase social y los objetivos son postulados como históricos, aquella capacidad se refiere a la inserción estructural de la clase en la sociedad correspondiente.

El poder visto como ideología es, en general, simultáneamente, un poder individual, mientras que el poder considerado en sus múltiples determinaciones adquiere una dimensión supraindividual.

Visto desde el ángulo de los efectos, hallamos un poder que es una capacidad de dominación, en cambio se define el poder hegemónico como la capacidad de viabilizar un proyecto, en particular un proyecto político.

La combinación de esas características del poder ordenadas en dos ejes da cuatro casos, cada uno de los cuales se presenta en el cuadro con ejemplos de algunas de las circunstancias individuales, organizativas o políticas que asumen una u otras de esas formas de poder.

		P R A C T I C A	
T E O R I A	. Dominación	. Hegemonía	
Ideología	. Machismo	. Organizaciones no clasistas	
	. Prepotencia	. Liderazgo	
.....			
Conocimiento científico	. Dictadura	. Poder político de clase	
	. Burocracia		

Cada una de estas formas que adopta el poder político se encuentra sustentada por una base formal que le otorga legalidad: tradiciones, valores compartidos, leyes, funcionamiento de los aparatos de Estado, organizaciones de la población, represión; es decir, toda la gama de instituciones que conforman la sociedad política y la sociedad civil del Estado moderno.

El poder político en el sector salud tiene características que lo diferencian de los otros dos tipos analizados. En primer lugar, es un poder que puede asumir, de preferencia, tres de las cuatro combinaciones posibles señaladas en el cuadro anterior: teórico ideológico con práctica hegemónica y las dos correspondientes a teoría científica, en tanto que los otros dos tipos participan de las combinaciones en que interviene la práctica de dominación más la combinación teórico ideológica con práctica hegemónica.

Quiere decir que el poder político, en este sentido (el de las formas predominantes que asume), se intersecta con los poderes de tipo técnico y administrativo en las formas de teoría científica con práctica de dominación y de teoría ideológica con práctica hegemónica.

Poder y cambio social.

Las maneras en que se combinan los tipos de poder y las formas que asumen, apuntan hacia la posibilidad de la transformación de unos tipos en otros y de unas formas en otras; es decir, señalan el camino que habría de recorrerse en



la conformación de un poder político de clase, esto es, de un poder político científico y hegemónico.

En segundo lugar y como corolario de la discusión anterior, resulta claro que el poder de tipo político es de un nivel distinto a los otros dos, de una calidad diferente que lo jerarquiza por sobre aquéllos.

Ello se manifiesta en el hecho de que en algún momento de la dinámica del poder, los poderes administrativo y técnico quedan subsumidos en el poder político. Una de las expresiones de esta subsunción es que en las formas más políticas del poder, las que corresponden a la práctica hegemónica, no existen teorías acabadas de las formas organizativas que les corresponden, teorías que si existen para las formas típicas teóricas y prácticas de la organización administrativa y técnica: la burocracia.

Las diferencias entre las formas del poder (administrativo, técnico, político) adquieren una nueva dimensión si se considera el plazo y el objeto sobre el cual se aplica la capacidad correspondiente, lo que más arriba llamamos poder cotidiano y poder societal.

El poder que se ejerce día a día sobre las acciones cotidianas del entorno social individual -la familia, el trabajo, los amigos- tiende a ser del tipo administrativo, en tanto que la forma cuya acción se realiza a largo plazo e intenta afectar el ámbito amplio del conjunto social es más de carácter político. Sin embargo, en ninguna de ellas dejan de existir los tipos que no son preferentes, es decir, tanto en el poder cotidiano como en el societal existen los tres tipos de poder que se han descrito. Sólo que las preocupaciones que cada uno de ellos se plantea es de distinto orden: el tipo administrativo se pregunta ¿cómo hacer?, el político ¿qué hacer?, en tanto que el técnico intenta la práctica de un saber -hacer-.

A modo de hipótesis diremos que cada combinación de formas y tipos de poder conlleva una manera típica de organizarse para su ejercicio: la gestión -sintetizada en el organigrama administrativo en el nivel empresarial- y el diseño de la estrategia -concretada en la formulación del plan en el nivel de la sociedad- para el poder administrativo, la práctica profesional -la que realiza habitualmente cualquier trabajador- y la práctica ideológica -la militancia política que intenta crear una conciencia para sí- para el poder técnico, la dirección y la conducción -en sus correspondientes niveles- para el poder político.

En el caso de la salud, estas formas tienen manifestaciones que aparecen como preferencias individuales, basadas en la autoconstrucción como sujetos de la práctica sanitaria: el poder cotidiano expresará su interés en la medicina clínica y otras prácticas de ese nivel, en tanto el poder societal lo hará respecto de la medicina social o alguna de sus variantes.

En suma, el cuadro aparecería en la forma siguiente:

NIVEL/TIPO.	Administrativo	. Técnico	. Político
.....	.....	.....	.....
Cotidiano	. Gestión	. Práctica	. Dirección
.....	.....	.....	.....
Societal	. Estrategia	. Militancia	. Conducción
.....	.....	.....	.....

Es sobre estas bases que construyo mi replanteo de la planificación, que integrando el cálculo tradicional (el diagnóstico y la propuesta administrativa), con el análisis estratégico de la estructura de poder sectorial y las repercusiones sobre la misma de las acciones propuestas, intenta diseñar una manera de aproximarse a la posición de Habermas: crear una estructura comunicativa que devuelva al pueblo las herramientas científicas necesarias para su liberación.

### Colofón

Hay una necesidad perentoria de interpretar correctamente la coyuntura latinoamericana, debido a la situación dramática que enfrentan los países del continente, en especial los del cono sur, que si bien no padecen la doble maldición que atenaza a México -¡tan lejos de Dios y tan cerca de los Estados Unidos!- aparecen a la deriva en la confusa situación contemporánea: oprimidos hasta el agotamiento por la necesidad de generar plusvalor para los capitales trasnacionales y para sus subordinados internos, además de padecer la maldición de la corrupción -ya transformada en la única categoría económica capaz de dar cuenta de la magnitud de la deuda externa de nuestros países- pueden ser arrojados al basurero de la historia como los residuos del más cruel sistema social hasta ahora inventado por el hombre.

En esta situación el sector salud puede jugar un papel fundamental, si entiende que su función no se agota en la prestación eficiente del servicio que le toca prestar, sino que además debe cumplir una función política, imprescindible para lograr lo que señalábamos al comienzo de esta presentación: la transición hacia una democracia que retome el camino de una historia hecha por el pueblo.

..... 1. Introducción ..... 1

..... 2. Diagnóstico ..... 2

..... 3. Plan de acción ..... 3

..... 4. Conclusión ..... 4

..... 5. Anexos ..... 5

El primer paso en el diagnóstico es el planteamiento de la planificación, que comprende el diagnóstico funcional del diagnóstico y la propuesta de diagnóstico. El diagnóstico funcional es la estructura de poder sectorial y las relaciones sobre la base de las acciones propuestas, intenta describir una estructura de poder y la posición de las acciones propuestas, intenta describir una estructura de poder y la posición de las acciones propuestas, intenta describir una estructura de poder y la posición de las acciones propuestas.

### Colofón

El diagnóstico funcional es un instrumento de interpretación correcta de la situación funcional del país, que se refiere a la situación funcional que existe en el país del momento, en especial en el caso de los países en desarrollo, que se refiere a la situación funcional que existe en el país del momento, en especial en el caso de los países en desarrollo, que se refiere a la situación funcional que existe en el país del momento, en especial en el caso de los países en desarrollo.

El diagnóstico funcional es un instrumento de interpretación correcta de la situación funcional del país, que se refiere a la situación funcional que existe en el país del momento, en especial en el caso de los países en desarrollo, que se refiere a la situación funcional que existe en el país del momento, en especial en el caso de los países en desarrollo.