

Rubén P. P. P.

Planteo de contradicciones  
(Estructura de poder en el SS)

## PROBLEMAS ESTRATEGICOS EN LA APS

Mario Testa

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales

### Introducción

→ Comenzar con el momento de la reflexión - Transición hacia la democracia y 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 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, recíprocamente, el de la acumulación de capital en la salud.

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. Sin embargo, 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 de las enfermedades es lo que desencadena un proceso de reconversión de la medicina hacia una visión más biológica que

→ Polo dominante  
→ Países centrales

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 un ~~proceso de 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~~ 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 trasmisión 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 trasnacional. 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, 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 <sup>para</sup> ~~para~~ *relativamente escasos* los estudios que han hecho énfasis en esta determinación.

- la familia, el hogar -

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.

El proceso de <sup>la</sup> transformación de la medicina en una ciencia es paralelo 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, <sup>diferente</sup> 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 ~~verdaderamente~~ 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 proletarianización.

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 de salud. 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

El equipo de salud, en lugar de convertirse en un ámbito democrático de complementación de tareas socialmente diferenciadas, 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.]

quitar?

El proceso de trabajo en salud es la expresión [ a ese nivel, ] 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.

quitar

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 (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 monopólico 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 proletarianización 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 período 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 proletarianización, 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 transnacionalización 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 transnacional.

→ 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 respuestetas pueden ocurrir a nivel del personal que trabaja en el sector o a 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.

*(El personal) de salud. 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 históricas 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 ligán 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 trasnacional- 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 aisla 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 pueden 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, proletarianizándoles. 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. No es el único caso 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 los 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 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 proletarización 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 compite 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.

Es a la luz de este conjunto de contradicciones antagónicas que hay que entender tanto las que se producen dentro de cada una de las clases, como las relaciones de dominación que existen entre ellas. Es decir, sólo entendiendo las relaciones en y entre las clases sociales, basadas en las relaciones de producción que aparecen como la contrafigura de las fuerzas productivas, se puede entender el significado de la política de salud que esas relaciones generan y postular su transformación.

...en los países que...

...en la fuerza de trabajo...

...del sector privado...

...el capital extranjero...

...en los países...

...en general, se...

...en la...

LA SEGURIDAD SOCIAL, LOS TRABAJADORES Y LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD  
Esquema metodológico

Técnico

Mario Testa

~~CESS y FRP~~

Ojo! revisar la redacción de los párrafos, párrafos en conjunto:

1. Introducción.

los trabajadores (tres)

el referirse a campo de los países etc

El tema del estudio requiere su análisis desde <sup>3</sup>ambos puntos de vista: el de la atención de salud y el de la seguridad social. En cuanto tema que hace referencia a estos (dos) aspectos de la vida social en el Estado moderno, se trata de algo de gran relevancia política, ya que puede afectar intereses materiales considerables que giran en torno a la atención de salud -también de la seguridad social- simultáneamente con rozar los siempre sensitivos asuntos del poder\* que son uno de los componentes centrales de la organización de la seguridad social -también de la atención de salud-.

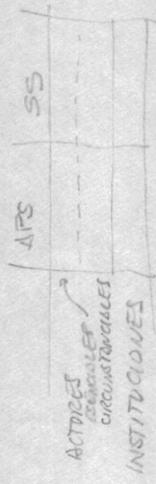
Poder e intereses serán entonces nuestras principales categorías de análisis, lo cual significa que el examen que hagamos de los problemas estará basado en la consideración de los grupos sociales -los actores- que participan del poder o que tienen intereses en la organización de la atención primaria de salud (APS) y de la seguridad social en general.

Cada actor -grupo- social, en cada uno de esos ámbitos, estará relacionado con el mismo de una manera particular -como financiador, proveedor, usuario, fuerza de trabajo, organizador, administrador, etc.- lo cual tendrá como consecuencia el que cada acción que se realice o decisión que se tome, repercutirá de alguna manera sobre dos cuestiones principales: los intereses materiales del grupo por una parte y su ubicación -la redefinición de su ubicación- en el ordenamiento y jerarquización de las relaciones entre grupos sociales por otra. Estos serán, por consiguiente, los hilos conductores del análisis.

Una manera complementaria de realizar ese análisis es a través del enfoque institucional, en el sentido de plantear las significaciones de las acciones y decisiones pero desde el punto de vista de los diversos aparatos que se constituyen como mecanismo de convergencia de los intereses de los actores.

Es decir, los actores serían los grupos sociales primarios, que para el ámbito de la seguridad social están constituidos por grupos tales como obreros, empresarios, profesionales o funcionarios gubernamentales, en tanto que las instituciones serían instancias intermedias de representación tales como sindicatos, federaciones o centrales obreras, organizaciones empresariales y agencias del gobierno. Para la APS las categorías equivalentes serían: la fuerza de trabajo en sus distintas categorías profesionales y sus organizaciones sindicales o gremiales, la población cubierta por los establecimientos y sus organizaciones comunales o cooperativas, los proveedores de insumos y equipos, los grupos del aparato administrativo, del sistema de información y decisorio.

Desde el punto de vista metodológico los actores sociales conforman dos grupos categoriales diferentes: los que se consideran *esenciales* para una adecuada comprensión del problema en discusión y los que son sólo *circunstanciales* - desde ese punto de vista- lo que no significa que sean menos importantes que los primeros en lo que respecta al funcionamiento en las condiciones de la realidad. Por ejemplo, si bien el grupo de los obreros juega ese papel esencial en la interpretación de la seguridad social, pueden no ser los principales actores en su definición ni en su comportamiento. Lo mismo puede ocurrir con respecto a la población y los servicios de APS.



CATEGORIAS	ANALITICAS	OPERACIONALES
EXPLICATIVAS	CIENTIFICO	
DE INTERVENCIÓN		POLITICO

Es decir: las categorías explicativas del conjunto de la situación bajo examen no tienen porqué ser categorías que permitan una intervención sobre el problema enfrentado, en tanto que otras variables circunstanciales (conceptos operacionales), más ligadas a cuestiones de coyuntura, pueden ser decisivas al momento de fijar políticas. Esta distinción es importante puesto que diferencia el enfoque científico del político.

En el caso de la seguridad social, es claro que la categoría que explica su existencia y las grandes líneas de su desarrollo es la reproducción de la fuerza de trabajo, por lo cual el actor social de mayor relevancia para esta forma organizativa del Estado moderno es el conjunto de los obreros y en especial de los obreros industriales. En el desarrollo de nuestro trabajo vamos a encontrar que esa categoría -la reproducción de la fuerza de trabajo- también va a ocupar un papel clave en la determinación de lo que ocurra a nivel de la APS, de manera que establece un lazo metodológico y conceptual en la articulación que estamos buscando. A su vez, las instituciones intermedias correspondientes: sindicatos, federaciones y centrales, pasan a desempeñar un rol predominante en la interpretación de las políticas de seguridad social, incluidas las de salud.

APS  
RFdet  
Sind fed  
Proyectos  
subsectoriales  
(calidad de vida)

SS  
RFdet  
Sind fed  
Depende  
del  
conflicto  
político

C.G.  
Definición  
de  
políticas  
políticas

Pero la definición de las políticas, para esa misma institución, puede depender de circunstancias que sólo es posible percibir en circunstancias concretas del conflicto político, de la realidad cotidiana que los actores primarios y las instituciones intermedias confrontan.

ca SS

Esta doble circunstancia de la vida real, encuentra su paralelo metodológico en las nociones correspondientes de categorías analíticas y conceptos operacionales. Por esta razón es preciso que sean examinadas distintas circunstancias históricas -distintas formaciones económico sociales- para poder extraer conclusiones generales que superen las diferencias coyunturales entre casos concretos.

Del lado de la atención primaria de salud, será necesario ubicar conceptualmente las propuestas en un contexto global, examinando los diversos servicios que se proponen a partir de distintas configuraciones institucionales; es decir, habrá que ver la manera específica -el tipo de servicios- que propone cada subsector del sector salud: el servicio público a partir de los ministerios de salud, la participación de la atención médica privada via las diferentes formas de financiamiento posibles o los servicios que postula la seguridad social para ese nivel de atención.

En el último caso -la propuesta de la seguridad social- habrá un paquete de medidas que puede diferir según la localización y el desarrollo alcanzado por las instituciones de la seguridad social existentes en cada caso. Esas características diferenciales obligan a introducir categorías que permitan dar cuenta de las mismas, categorías que no aparecen en la literatura clásica, tal como por ejemplo la calidad de vida, que puede variar considerablemente de unos a otros grupos expresando las enormes diferencias existentes en el nivel reproductivo de distintos grupos de obreros en el nivel mundial y aún dentro de un mismo país.



10  
2. Atención Primaria de Salud.

La APS puede ser considerada desde diferentes puntos de vista. Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la APS es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente, también implica un ordenamiento territorial

Sistema:  
regionalización  
y referencia  
(circulación  
interna).

	CAPITALISTA		SOCIALISTA	
	AVANZADO	SUBDES.	SOCDÉM	MADURO / RECIENTE
PUERTA DE ENTRADA				
CIRCULACIÓN				

regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de circulación dentro del sistema. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención, por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticas extemporáneas.

En países que no han conseguido establecer un sistema de esas características, esto es regionalizado y con adecuado sistema de referencia, la APS se transforma en atención primitiva de salud, en un servicio de segunda categoría para población *idem*. Y aún admitiendo que es mejor alguna atención que ninguna, no es posible escapar al hecho elemental que en los países donde no funciona la regionalización ni la referencia, la APS no es la puerta de entrada al sistema de salud -lo cual podría garantizar una asistencia adecuada- sino el único servicio disponible para la población a la que está destinada. Junto con esta caracterización, la calidad del servicio prestado en esas condiciones, generalmente no alcanza el nivel requerido.

Demás está señalar que la primera forma de APS funciona en los países de la órbita socialista y en algunos capitalistas avanzados de régimen socialdemócrata, en tanto que la segunda es la que padecen los países capitalistas subdesarrollados y dependientes.

Por si fuera poco, existen aún otras diferencias internas a los países de este último tipo, que es la correspondiente a las áreas urbanas y rurales por una parte, centrales y periféricas por otra. Todas estas distinciones de significaciones y circunstancias, hacen necesario tomar en cuenta de manera adecuada los marcos referenciales de la investigación.

Un segundo aspecto a ser considerado es la constelación de grupos sociales interesados, por razones diversas, en la APS y las razones mismas de su interés. Esta identificación es útil para analizar la viabilidad de los proyectos en discusión y para el diseño de la estrategia de implementación. Las razones del interés pueden ir desde la necesidad de acceder a ciertos servicios para la población destinataria, hasta la de ampliar el mercado de productos farmacéuticos para las empresas productoras de los mismos, pasando por la formación de una clientela política -legitimación- para los responsables de la decisión, o la apropiación del dinero disponible para el financiamiento del servicio por prestatarios o intermediarios.

Una tercera cuestión a considerar es el tipo de tecnología que se aplica en la APS. Es posible que se observen importantes diferencias también en esto, sobre todo si se considera simultáneamente con la subsectorización, es decir si el servicio es prestado por el subsector público, privado o intermediado por la seguridad social u otro procedimiento de financiamiento. Las diferencias pueden presentarse de varias maneras; en algunos casos puede hasta llegarse a una gran sofisticación instrumental (en regiones urbanas centrales donde el servicio es prestado por el subsector privado y financiado por un sistema de seguros también privado, por ejemplo), frente a otros casos que hemos calificado más arriba como primitivos. Pero lo principal lo vamos a encontrar seguramente en un tipo de tecnología organizativa, básicamente en lo que respecta al tipo de personal -fuerza de trabajo- con que van a contar esos servicios. Aquí también van a surgir considerables problemas, debidos a las diferentes conceptualizaciones existentes y a las consecuencias de todo tipo que pueden derivarse por la implementación de las mismas. Lo que está implicado en esta discusión es, por ejemplo, la noción de equipo y la del tipo de personal asistencial (la propuesta actual en los círculos internacionales dominantes es la del médico de familia).

Estos aspectos, bajo su apariencia técnica, son de extrema importancia en cuanto a la relación que tienen los servicios de salud con una concepción global de sociedad, en tanto contienen la posibilidad de la democratización interna de la organización sanitaria, la cual a nuestro juicio es uno de los

Grupos sociales


GS  
I  
ACCESO  
COMFORT  
LEGITIM  
REALIDAD  
PÚBL  
△ Eficiencia

Tecnología

TECN	SUBSECT	FÍSICA	ORGANIZ
		ABORDADA	SOFRSTIC
	PÚBL		
	PRIVADO		
	REGIO		

eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre realmente al servicio del conjunto de la población.

Para poner un sólo ejemplo: el equipo de salud tiene una función de conjunto que puede verse desde sus determinaciones técnicas: la aplicación de las capacidades específicas de cada uno de los integrantes del equipo a la resolución de la parte correspondiente del problema común; esa función técnica debe cumplirse siempre, pero en la interpretación tecnocrática de la noción de equipo ello se traduce en una microorganización jerarquizada burocráticamente y dirigida por una autoridad dominante (generalmente el médico), lo cual le confiere una significación política particular: la de aumentar la tendencia creciente hacia la burocratización del conjunto de la sociedad.

De todos modos, el asunto más importante a dilucidar con respecto a la APS es si se trata de una atención *primaria* o *primitiva*, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no depende de una definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial. En este sentido, más efectivo que la declaración de la existencia de una red regionalizada y con procedimientos de referencia-declaración formal vigente en todos los países del continente es el mecanismo de financiamiento que es el que ordena subsectorialmente al sector.

A pesar de lo dicho en el párrafo anterior, las relaciones entre la legalidad formal del sistema de salud y sus formas de financiamiento deben ser estudiadas a fondo en cada circunstancia concreta, tanto para cada uno de los subsectores que lo conforman como para los lazos múltiples que los interrelacionan. El esclarecimiento de esto en sus instancias formales e informales es la pieza central de la significación que puede adquirir la APS en relación a la seguridad social. La categoría que puede permitir ese esclarecimiento es la *accesibilidad*, entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.



### 3. Seguridad Social.

De la misma manera que para la APS, la seguridad social tiene distintas significaciones en circunstancias diversas, relacionadas a la que hemos definido como la categoría explicativa fundamental: la reproducción de la fuerza de trabajo. Esta reproducción es de interés para varios grupos sociales y organizacionales: obviamente para la misma fuerza de trabajo, en algunos casos para los empresarios que la emplean y también para el Estado. Ese interés se manifiesta de varias maneras y a través de múltiples instituciones.



Antes de entrar en el examen de ese conjunto de determinaciones, digamos que la reproducción tiene componentes cotidianos y de más largo plazo, ambos contenidos en lo que puede denominarse la reproducción social o histórica. Los primeros se refieren a las condiciones de vida inmediatas que permiten la recuperación de la capacidad de trabajo en ritmos circadianos: alimentación, vestido, vivienda, transporte, esparcimiento. Los segundos son los que posibilitan la reproducción generacional: biológica, cultural, educativa y social. La reproducción cotidiana se encuentra contenida en la reproducción entendida en este segundo sentido.

*med y largo plazo*

La segunda significación corresponde a cuestiones más complejas, más importantes que la anterior desde el punto de vista de la sociedad, debido a que abarca todas las cuestiones posibles de su organización. De modo que se trata de algo *esencial* en la determinación de los hechos sociales. Ello no implica que para grupos concretos de trabajadores la primera significación adquiera predominancia, debido a que afecta cuestiones inmediatas de su vida corriente.

	COTIDIANA	M Y L PLAZO
POLITICA	XXXX	X
ECONOMICA	X	XXXX

Cada circunstancia específica tiene características propias que la hacen separable de cualquier otra. En lo que hace a la reproducción, es conveniente para su análisis distinguir las implicaciones (determinaciones en la terminología de investigación) en el terreno económico, separadas de lo que corresponde al campo político, en el entendido que no son separables en la vida real.

La reproducción cotidiana contiene elementos más políticos que la de largo plazo, pues constituye nada menos que una de las principales reivindicaciones permanentes de la clase obrera. A pesar de eso, no es posible afirmar una diferencia absoluta en cuanto a que la primera corresponde sólaménte a la determinación política y la segunda a la determinación económica. Esa ubicación va a depender de la circunstancia histórica confrontada.

Vamos a analizar, en primer lugar, lo que corresponde a la reproducción de la fuerza de trabajo en el segundo de los sentidos enunciados.

3.1 En las condiciones del capitalismo dependiente, la fuerza de trabajo se reproduce según sus relaciones con la forma específica asumida por el capitalismo en esa circunstancia. De lo que se infiere que la fuerza de trabajo puede relacionarse de diversas maneras con los modos de producción que conforman la formación económico social de los países capitalistas dependientes.

En primer lugar, puede haber una inserción correspondiente al modo de producción dominante. Esta inserción hace que los hombres que se encuentran dentro de esa relación, se reproduzcan según las necesidades que derivan del funcionamiento de ese modo.

Una segunda forma de inserción corresponde a alguno de los modos que completan la conformación de la formación económico social; en muchos países latinoamericanos típicamente el artesanado o las formas de trabajo estacional en la agricultura, que pueden presentar algunas características más o menos permanentes, como el caso del binomio plantación conuco en Venezuela.

Por último, la tercera forma típica de inserción es la no inserción, más conocida como marginalidad.

Entre estas diversas maneras de relacionarse la fuerza de trabajo con los componentes de la formación económico social, existen a su vez relaciones que, de nuevo, van a estar en dependencia de las circunstancias enfrentadas.

La fuerza de trabajo que se inserta en el modo de producción dominante, es decir en el que define a la formación como capitalista, tiene relaciones sociales de producción con la clase empresarial que son típicas del modo. En esa relación, la función social del trabajador es producir plusvalor y la del capitalista apropiarse del mismo, pero esa apropiación está limitada por las condiciones de reproducción de los trabajadores en cuanto tales. Lo cual está condicionado por el consumo de los trabajadores, es decir básicamente por su salario.

En esas circunstancias el obrero que trabaja dentro de esa relación, recibirá un salario que le permita cumplir con las necesidades de su reproducción, pero esto no significa que quien le entregue el salario sea directamente su empleador. Esto es lo que ha dado origen a la noción de salario indirecto, correspondiente a lo que el trabajador recibe por una vía que no es la de su contratación como fuerza de trabajo.

Es decir, en ciertos casos el trabajador va a recibir el salario correspondiente a su reproducción por vía directa, esto es a través del pago por su empleador, mientras que en otros va a recibir un salario equivalente en forma de porciones: una directa por vía de su contratación como fuerza de trabajo y otra indirecta por vía de *beneficios sociales* que le son garantizados por el Estado.



Entiéndase que el Estado que se menciona no es simplemente el gobierno por vía de alguna de sus instituciones, sino que es el correspondiente al conjunto social que necesita de ese comportamiento para evitar la disrupción del orden social, ya que si los trabajadores en el nexo capitalista no se reproducen adecuadamente, ese orden se ve económicamente amenazado.

En el segundo caso, el de la fuerza de trabajo que se inserta en un modo de producción que no es el dominante en la formación, la reproducción del grupo no es un problema del Estado, pues su pervivencia no es vital para el mantenimiento de la formación misma, aunque puede ser uno de sus componentes de relativa importancia.

La reproducción de la fuerza de trabajo en el nexo no capitalista queda, entonces, en manos del grupo mismo, al cual le cabe proveer por completo a sus necesidades, lo que generalmente hace disminuyendo su nivel de vida. Un grupo típico de esta situación es el de los artesanos, que ni perciben salarios ni disponen de beneficios sociales de ningún tipo.

El tercer grupo es el que tiene condiciones más desfavorables, pues se encuentra prácticamente al margen de cualquiera de los modos de producción que conforman la formación económico social. Este grupo, en consecuencia, se reproduce como puede, es decir, apelando a procedimientos que muchas veces están al margen de los comportamientos aceptados por esa sociedad. Sin embargo, tanto este grupo como el anterior, son una garantía para el funcionamiento del sistema social, tal como está planteado el modelo de los países capitalistas y dependientes, es decir los nuestros.

Como es natural en cualquier formación económico social, existen numerosas relaciones entre los distintos modos que la componen, las cuales se extienden a sus respectivas fuerzas de trabajo. Esas relaciones implican, sobre todo, transferencias temporarias entre los diferentes nexos; así, trabajadores que pertenecen principalmente al modo artesanal pueden incorporarse al capitalista durante períodos de recuperación de este y lo mismo ocurre con los trabajadores marginales. Sin embargo, estos desplazamientos transitorios no significan un cambio radical en las formas de reproducción de ese grupo, por lo menos en cuanto a la reproducción social. La transitoriedad es un recurso más en su estrategia de supervivencia.

En otro orden de cosas, hay que tomar en cuenta, además de los diferentes nexos entre fuerza de trabajo y modo de producción, el nivel en que la misma se realiza. En este sentido, se pueden identificar por lo menos tres niveles de distinta significación: 1) la clase social, 2) el ámbito geográfico, 3) el ámbito familiar o específicamente reproductor.

La reproducción como clase es la que garantiza el mantenimiento de la sociedad según sus normas actuales; la reproducción de las clases sociales en cuanto tales es lo mismo que la reproducción social y se encuentra estrechamente ligada a la reproducción del capital. En realidad, forma parte de este último aspecto de la reproducción social.

La reproducción a nivel geográfico presenta diferencias importantes en, por lo menos, dos dimensiones: la urbano rural y la de regiones centrales o periféricas. El primero de estos aspectos ha sido extensamente analizado por científicos sociales de todo tipo, de modo que no lo vamos a discutir aquí. En cuanto al segundo, creo necesario hacer una breve consideración, en el sentido que las importantes diferencias que existen en la reproducción de la fuerza de trabajo en regiones centrales y periféricas, se debe no sólo a los aspectos migratorios sino, sobre todo, a los circuitos de acumulación que se reformulan en base al cambio de carácter de las empresas que se instalan (a veces transitoriamente) en los sitios periféricos, y en especial con la no radicalización de los dirigentes (propietarios, empresarios) de esas empresas. De todos modos, el efecto es conocido generando un gigantismo cefálico (la cabeza de Goliath) que es característico de todos los centros latinoamericanos.

Por fin, la fuerza de trabajo se reproduce a nivel familiar, lo cual implica un cierto ordenamiento social y, sobre todo, una estructuración económica del consumo que puede ser tipificada como correspondiente a alguna de las fases del capitalismo. Por ejemplo, el capitalismo salvaje de las primeras épocas que siguen a la acumulación primitiva (fase aún no concluida en algunos países de América Latina), se caracteriza por un desprecio total de las necesidades reproductivas a nivel familiar, lo que conduce a la incorporación indiscriminada a la fuerza de trabajo de mujeres en edad reproductiva y de niños de cualquier edad, con las consecuencias de disrupción familiar que son naturales en esas circunstancias.

La reproducción de los trabajadores se hace, en este caso, por reposición de la mano de obra que va desapareciendo (rápidamente) por acelerado desgaste. Cuando ese proceso se agota la familia se recompone: se retira a la mujer y a los niños del mercado de trabajo, transfiriéndose las primeras para el cuidado del hogar con la consiguiente disminución del valor de la fuerza de trabajo (dado que sus necesidades de pagar servicios -de preparación de comidas y lavado de ropas, por ejemplo- disminuyen), y los segundos para la preparación de los futuros trabajadores que reemplazarán a los actuales.

En suma → La particular combinación de formas de inserción de la fuerza de trabajo en el proceso productivo incluye cuestiones tales como la tecnología que se utiliza en ese modo, el tamaño de las empresas, el porcentaje de la fuerza de trabajo que forma parte del mismo y otras. Cada caso tendrá una conformación particular y ella será la que dará a esa conformación la significación correspondiente en cuanto ella determina, en el terreno de la economía, tanto el perfil epidemiológico de cada clase, como el tipo de organización de los servicios de salud.

Sobre la determinación económica que significa la reproducción de la fuerza de trabajo, se va a incorporar un segundo componente cuya consecuencia va a ser la forma precisa y particularizada en la conformación de los servicios de salud y en su organización subsectorial. Esta segunda determinación es el componente político de la misma, esto es el que responde a las luchas que se desarrollan en torno a estos problemas, que como ya señalamos corresponden más a los problemas de corto plazo y a la esfera del consumo cotidiano.

3.2 La determinación política de la reproducción de la fuerza de trabajo sobre la configuración de los servicios de salud depende, como toda fuerza política, de las condiciones objetivas en las que el grupo bajo análisis se encuentre respecto de sus potenciales oponentes. Los trabajadores, en cuanto grupo social, van a tener tanta más fuerza cuanto más difícil sea reemplazarlos en la realización de la tareas que desarrollan.

La sustituibilidad de la fuerza de trabajo va a depender de dos características fundamentales: por una parte de la existencia de trabajadores desempleados o potencialmente empleables en las empresas que los requieran y del nivel de capacitación necesario para ocupar un puesto de trabajo. Como es obvio, si hay muchos desempleados y si los puestos a ocupar no requieren un nivel elevado de capacitación, los empresarios estarán en mejores condiciones para negociar cuestiones tales como salarios, condiciones de trabajo y otras.

De manera que la estrategia de la burguesía, en cuyas manos se encuentra básicamente el desarrollo de las fuerzas productivas, va a intentar que se fortalezca su posición en esas dos dimensiones: disminuir la proporción de fuerza de trabajo ocupada o, como alternativa, aumentar las fuentes de aprovisionamiento de trabajadores (mujeres, inmigrantes), esto último en una medida que no exceda las posibilidades de control de grupos marginales; introducir desarrollos tecnológicos que no impliquen, necesariamente, un desarrollo paralelo del conocimiento de los trabajadores.

El desarrollo en los países capitalistas pasa, generalmente, por un proceso de

estr. sust.	clase	grupos	"tono"
	alta	emples	diferencial
baja	salarios	homogenea	fuerte

industrialización que genera la aparición de los obreros urbanos, lo cual es la condición necesaria para la creación de los sindicatos. Las primeras reivindicaciones formuladas por cualquier sindicato se encuentran en el terreno del consumo de bienes y servicios necesarios para la reproducción cotidiana de los trabajadores y sus familias, lo cual se traduce en un reclamo salarial. Esta es la raíz de la disputa permanente que la clase trabajadora va a mantener con los empresarios capitalistas.

El reclamo puede ser hecho en diversos tonos, correspondiendo a la situación objetiva que señalábamos antes. Como regla general, va a ser más fuerte cuanto menor sea la sustituibilidad de la fuerza de trabajo. Por cierto que esa sustituibilidad no es homogénea para todos los trabajadores y esta es la razón principal por la que existen diferencias en los niveles salariales. Esas diferencias aparecen como condiciones de vida para distintos grupos de obreros, lo cual crea un conflicto interno en la clase que puede ser explotado como una estrategia por parte de los grupos dominantes: la formación de aristocracias obreras.

Existen varios ámbitos donde trabajadores y empresarios se reúnen, directa o indirectamente, para discutir estas cuestiones: los ministerios de trabajo o similares, las comisiones de conciliación por ramas de producción o las organizaciones regionales o nacionales que representan a unos y otros.

El tipo particular de ámbito de discusión en cada país, va a depender también de las condiciones objetivas y las luchas políticas que la clase trabajadora haya podido llevar adelante. La estrategia de los trabajadores en cuanto clase (aunque no necesariamente la de un grupo de trabajadores) va a ser generalizar la discusión, tendiendo a obtener un mismo tratamiento para el conjunto de la clase.

La estrategia empresarial con respecto a sus trabajadores ya ha sido señalada, en el sentido de aumentar su sustituibilidad y de otorgar tratamientos diferenciales a grupos seleccionados de obreros, pero además va a intentar descargar los costos que implica el valor de sus asalariados a través de cargárselos al Estado por la vía de algunas instituciones intermedias. Una de esas es la seguridad social, que puede entonces interpretarse como un mecanismo de acuerdo político que sirve a los empresarios por un lado, reduciendo su costo de mantenimiento de los trabajadores, y a estos por otro, mejorando y diferenciando los servicios que reciben para su protección y seguridad.

Por eso es que la aparición y generalización de las instituciones de la seguridad social son consideradas como una conquista de la clase trabajadora, lo cual es verdad a veces y no tanto otras. Tal como ocurre en otras instancias de lucha política, la respuesta correcta debe buscarse en la forma organizativa que asume la institución correspondiente.

Si la clase trabajadora se encuentra muy fragmentada organizativamente, o la fuerza de trabajo es muy sustituible, entonces no tiene condiciones objetivas para ganar la batalla por la creación de la seguridad social o por su generalización; en este caso la lucha que puede dar es por el mejoramiento de los servicios de atención que el Estado presta al conjunto de la población, o por la extensión de su cobertura.

En suma, la determinación de la reproducción de la fuerza de trabajo sobre los servicios de salud, se ejerce por la vía política de los reclamos que hace la clase trabajadora a los empresarios y al Estado en ámbitos específicos de negociación y acuerdo. Esta determinación no sólo se suma, sino que está subordinada a la que establece la determinación económica de esa misma reproducción.

3.3 Las consecuencias de esta doble determinación es que el análisis de la seguridad social en un país tiene que tomar en cuenta ambos aspectos -el económico y el político- para poder establecer la significación precisa de la

Org. Clase	Org. obr.	Org. emp.
Contr. clase	Coop. ción	Org. emp.
Org. obr.	Org. emp.	Org. emp.

Capacidad de negociar Calidad de vida

Determinación Política	Económica	
	Asal.	No asal.
SURT A	C.N. baja	C.V. mala
SURT B	C.N. alta	C.V. <del>buena</del> <u>mediana</u>

Seguridad social, trabajadores, APS

seguridad social en esa circunstancia y en nuestro caso con especial referencia a la APS. La identificación de las dos determinaciones es necesaria sobre todo para el diseño de una estrategia que permita a la clase trabajadora negociar la mejor calidad de vida posible.

El problema que se presenta a los trabajadores es ¿cómo negociar?; la respuesta a esta pregunta puede facilitarse organizando ordenadamente los elementos de las determinaciones señaladas para poder evaluarlos adecuadamente en su capacidad viabilizadora de proyectos que compatibilicen sus necesidades de corto plazo -la reproducción cotidiana- con las de más largo plazo -la transformación social-.

En síntesis, de lo que se trata es de encontrar una estrategia del proletariado que pueda oponerse a la estrategia de la burguesía. Para verlo con más claridad, es conveniente volver a examinar estos aspectos puntualizando las posibilidades frente a cada una de las cuestiones que conforman la situación.

4. Estrategias.

La noción de estrategia que utilizaremos es la de forma de implementación de una política. Esa forma de implementación es el comportamiento de un actor social -individuo, grupo, institución- cuyo propósito es adquirir cierta libertad de acción que le permita ganar un espacio de maniobra en el cual implementar los objetivos buscados. Esos objetivos son el contenido específico de la política, la cual a su vez se define como una propuesta de distribución de poder.

En esta conceptualización de política y estrategia se descartan algunas nociones tradicionales, tales como la definición de políticas como orientaciones generales y de estrategias como conjunto de medidas destinadas a alcanzar objetivos intermedios u otras ambigüedades por el estilo, para recuperar una significación más acorde con los comportamientos reales del conflicto social.

Por lo tanto, una política de salud será una definición de la intención de lograr un cierto desplazamiento -o consolidación- del poder hacia grupos sociales concretos, a través de ciertos contenidos específicos -el programa o proyecto de la política- y de ciertas acciones viabilizadoras -la estrategia- dirigidas a obtener alianzas, consensos o a presentar batallas que debiliten el poder de los grupos que se oponen a esa política.

Uno de los problemas del análisis estratégico estriba en que un mismo grupo de población puede formar parte de varios actores sociales, los cuales pueden tener intereses encontrados respecto a una única cuestión. Veremos aparecer este conflicto cuando examinemos los diferentes niveles en que se concretan las estrategias posibles. Por esta razón es que las proposiciones que se hagan a continuación tienen un carácter general, abstracto, que deberá ser contrastado en las situaciones concretas de la investigación.

Para finalizar esta introducción, diremos que la categoría analítica que parece más fértil para dar cuenta de la estrategia respecto de la APS, tanto desde la visión de las clases, como de las instituciones, es la de valor de la fuerza de trabajo. Las razones para realizar esta afirmación aparecerán en el curso de la discusión siguiente, baste señalar por ahora que esa categoría se refiere al tiempo de trabajo socialmente necesario para producir los bienes que requiere la reproducción del trabajador.

4.1 Estrategias de clases.

La siempre perturbadora noción de clase es, sin embargo, un referente teórico indispensable en el análisis social, puesto que es la categoría analítica más

Estrategia  
 Compañía  
 negociar  
 pelear  
 despl. poder  
 Políticos  
 proyectos  
 desplazamiento poder

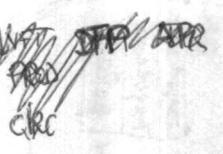
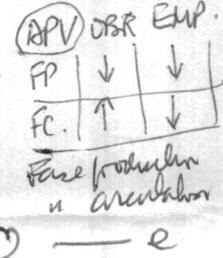
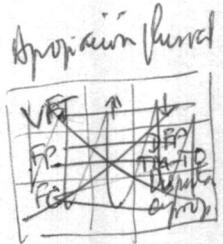
general que confiere sentido preciso a ese análisis. Es decir, los procesos sociales sólo pueden ser aprehendidos en sus determinaciones reales por referencia, aunque indirecta, a la constitución de las clases, debido a que sólo de esa manera es posible identificar las contradicciones que surgen entre grupos sociales en su verdadera significación -como contradicciones antagónicas o no antagónicas, por ejemplo- cuando se las observa en el espacio político institucional. Esa referencia se hace más necesaria cuando el Estado juega un papel directo en el proceso estudiado, como es en nuestro caso.

Una segunda advertencia es que, a pesar de presentar en lo que sigue una clasificación dicotómica de las clases, se deja abierto el problema teórico -pero de gran importancia práctica- de la existencia de una clase media, en el sentido estructural, orgánico, del término. Sin embargo, se hace mención de su posible existencia pues se trata de uno de los terrenos donde se puede desenvolver el conflicto, como campo a conquistar por la estrategia de las clases antagónicas.

4.1.1 Clase dominante.

El principal problema de la clase dominante -en realidad su función social en el capitalismo- es la extracción de plusvalor a los trabajadores en la esfera de la producción y su apropiación en la esfera de la circulación. Su estrategia se dirige, en consecuencia, a esos dos ámbitos de la vida social.

En la esfera productiva se trata de lograr que los obreros realicen la producción en el menor tiempo posible, es decir en aumentar al máximo la productividad (también se trata de prolongar al máximo la jornada de trabajo, pero por ahora dejaremos esta consideración de lado). En términos de la categoría analítica central definida para las estrategias, en disminuir constantemente el valor de la fuerza de trabajo. Para lograr este propósito es que se introducen las mejoras en los procesos de producción: el desarrollo de las fuerzas productivas. Este desarrollo se realiza mediante la innovación e incorporación tecnológicas, que en los países subdesarrollados generalmente depende de los países centrales. Las tecnologías que se incorporan son de dos tipos: materiales y organizativas, las primeras contenidas en diseños de máquinas y equipos y las segundas en nuevas maneras de disponer el tiempo de trabajo comprado a los trabajadores, de armar los grupos de personas y reordenar los procesos de la producción.

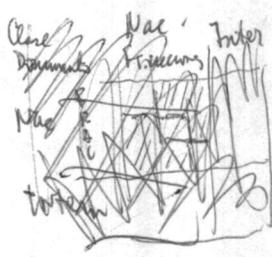


En la esfera circulatoria la clase dominante, en cuanto tal, se enfrenta a la clase trabajadora para disputarle el plusproducto generado en el proceso productivo. Para ello, debe discutir con la clase antagónica el derecho a esa apropiación. Esa disputa significa que, en esta esfera, la clase dominante también va a intentar la disminución -o por lo menos el no incremento- del valor de la fuerza de trabajo, lo cual le confiere una enorme coherencia teórica en los dos ámbitos de la lucha estratégica, guiada por la lógica de la acumulación: la reproducción ampliada del capital.

¡adular!  
¿Dónde dice en la definición del V de la F de T?

En esta dinámica de la fase circulatoria, la clase dominante confronta dos conflictos no antagónicos: el interno que corresponde a las distintas fracciones del capital nacional y el externo que la enfrenta a las clases dominantes del exterior que tienen capitales invertidos en el país. La razón de estas contradicciones no antagónicas es, sin embargo, la misma que en la disputa con los obreros: la apropiación del plusvalor. Estos dos conflictos, si bien extremadamente importantes en la caracterización de la situación socioeconómica del país, son de menor relevancia para el propósito de este trabajo, aunque la agudización del conflicto externo desde hace varios años como consecuencia de la internacionalización de las economías subdesarrolladas puede transformarlo en una de las principales determinaciones de las estrategias de la clase dominante hacia adentro y hacia afuera.

4.1.2 Clase dominada.



El problema teórico que la clase dominada debe resolver es, en cierta forma, distinto al de la clase dominante: si ésta promueve la disminución del valor de la fuerza de trabajo en las esferas productiva y circulatoria, aquélla en cambio se enfrenta a la conveniencia de que su valor aumente en la esfera circulatoria pero disminuya en la de la producción. Esta contradicción interna a la clase dominada puede crear confusiones en cuanto a las estrategias a seguir y aún a la significación de las alianzas políticas a realizar.

*jogo!*  
~~Para~~ Para terminar de puntualizar la cuestión: a la clase obrera le interesa la máxima reducción alcanzable de su jornada de trabajo, pero ello sólo es posible mediante la reducción de su propio valor. Si la jornada de trabajo no se reduce, entonces el interés principal de la clase va a estar en la disputa por la apropiación -en la esfera circulatoria- del plusvalor generado en la esfera productiva; esto es equivalente al aumento de su valor en la esfera de la circulación y la reducción del mismo en la productiva.

*jogo!*  
 Un segundo conflicto interno al conjunto de la clase puede deberse a la composición de la misma por fracciones que representen distintas actividades económicas, o distintas formas organizativas que esas actividades asumen. Me refiero aquí al viejo conflicto entre las clases urbanas y rurales o entre campesinado pobre y proletariado rural, por ejemplo. A estos problemas se agrega con frecuencia la cuestión regional, debida a diferencias no sólo económicas sino también y muy principalmente culturales (el ejemplo histórico mejor analizado -por Gramsci- es el de la cuestión meridional, la diversidad entre el proletariado industrial del norte y el campesinado del sur en Italia), que en algunos países se ve complicado por notorias parcialidades raciales. Estas contradicciones tienen una vieja historia dentro de las luchas de la clase obrera y su resolución es un elemento central para las posibilidades de que la clase pueda conducir una lucha hegemónica.

Si las diferencias internas son importantes, las mismas palidecen ante la magnitud que asumen las diferencias internacionales entre las clases dominadas en los países centrales y periféricos. El proletariado de los países centrales interviene en la disputa -en la esfera circulatoria internacional- por la apropiación del plusvalor generado por el proletariado en los países periféricos. Ello quiebra los supuestos lazos de solidaridad internacional del proletariado en tal forma que posiblemente sea la justificación -la determinación en el lenguaje científico- de la onda reaccionaria que recorre hoy los países del capitalismo avanzados, estimulada por la crisis internacional y como forma de resolución de la misma para los países centrales (y su agravamiento en los periféricos).

En suma, la estrategia -teórica- de la clase dominada pasa centralmente por disputar la apropiación del plusvalor en la esfera de la circulación, al mismo tiempo que coincidir, tolerar o colaborar con la clase antagónica en la disminución de su valor en la esfera de la producción. La confusión que esto puede generar se ve complicada por las diferencias en la composición interna de la clase.

#### 4.2 Estrategias institucionales.

Así como las estrategias de clase plantean una problemática principalmente teórica, las estrategias institucionales enfrentan los mismos problemas como una práctica política. Abandonamos, por tanto, el terreno de la teoría para pasar al de la realidad, esa realidad que adquiere concreción en las instituciones a través de su organización, sus acciones cotidianas y sus planes para el futuro próximo o lejano. En todos estos terrenos deben examinarse las prácticas institucionales.

El hecho más destacable de esta aproximación es que puntualiza las diferencias potenciales que se marcaron en las estrategias de clase, al mismo tiempo que añade otras que son propias de este nivel de análisis. Desde un punto de vista teórico metodológico, la aproximación institucional debe ser vista como una

intermediación de la determinación de clase, pero también de manera autónoma como una determinación *por derecho propio* en la definición de las acciones y políticas sociales.

#### 4.2.1 Instituciones de la clase dominante.

Alguna interpretación del Estado moderno incluiría buena parte -tal vez todas- de las instituciones que forman parte del mismo en esta categoría. Aquí la utilizaremos para ubicar sólo aquellas instituciones que son del exclusivo dominio de la clase dominante, lo cual implica una definición de Estado que diverge de la señalada.

La primera institución cuya estrategia analizaremos es la empresa capitalista. Hacia el interior de la misma, es decir en la esfera productiva estricta, la dirección de la empresa se comporta de la misma manera que lo hace -en teoría- el conjunto de la clase: trata de aumentar la productividad del trabajo y de prolongar la jornada. Para lo primero diseñará estrategias tecnológicas y organizativas cuyo análisis como proceso intermedio excede este trabajo, pero que debe ser contemplado en casos individuales por ser uno de los elementos centrales de la dinámica social en el capitalismo -el crecimiento de las fuerzas productivas- que puede imprimirle al proceso una direccionalidad definitiva (en términos de Oscar Varsavsky esa direccionalidad puede ser *empresocéntrica* o *pueblocéntrica*); para lo segundo -el incremento de la jornada- dispone de incentivos de diverso tipo y, cuando le es posible, de presiones y amenazas. La posibilidad de esto último estará condicionada por lo que ocurra en otros niveles de la institucionalidad, es decir por situaciones exteriores a una empresa.

En el mismo nivel de empresa pero hacia afuera de la misma, la dirección empresarial tendrá una estrategia dirigida simultáneamente hacia varios sectores: por una parte disputará mercados con empresas de su mismo tipo para la realización de sus productos; en un segundo plano disputará la apropiación de plusvalor generado por sus trabajadores -y por los trabajadores en general- a través de todos los mecanismos a su disposición -en general referidos a las transacciones que realiza utilizando medios financieros- y en relación a todos los empresarios de la esfera circulatoria con los que entra en contacto: transportistas, comerciantes, proveedores, intermediarios y financiadores. En este nivel es donde se evidencian los conflictos internos a la clase.

También hacia afuera, la empresa tiene una estrategia de *unión de clase*, la cual la lleva a unirse con otras empresas para fortalecer la posición conjunta que le permita enfrentar a los trabajadores en la *disputa circulatoria*. Esta estrategia unitaria lleva a la creación de un segundo nivel institucional que son las asociaciones empresariales.

Las asociaciones empresariales se aproximan al comportamiento teórico de la clase dominante que se describió antes, en cuanto a la disputa con los obreros, que en general se centra sobre las condiciones materiales de trabajo (por cuanto implica gastos adicionales para la empresa) y el nivel de salarios (directo e indirecto). Esto implica una negociación, pero también las condiciones en que se realiza esa negociación. En este terreno es donde las asociaciones empresariales tienen una estrategia que supera la de los empresarios individuales, pues se destina a la creación de condiciones favorables a los empresarios para la negociación que deben realizar con los obreros.

La estrategia empresarial destinada a crear esas condiciones se dirige a diversas instancias del Estado y el gobierno. Su intención principal es desarticular los mecanismos de articulación de la clase obrera, por todas las vías posibles. En el terreno de la legislación hará presión por la aprobación de leyes o reglamentaciones que impidan la homogeneización de los reclamos obreros, a través de la fragmentación de las organizaciones del proletariado. Esto mismo se intentará en otros ámbitos de la vida social; si es posible se impedirá la organización de sindicatos, si no lo es, se tratará de que estos

se organicen por empresa y no por rama de la producción -lo que daría más fuerza a sus reclamos- o que no se unan en federaciones o centrales, etc. Por supuesto que hay un discurso teórico para esto: el obrero debe ser libre para que el capitalismo pueda funcionar. Si el obrero está sometido a la *dictadura* de una organización sindical se dificulta el flúido funcionamiento de la empresa capitalista. Cuando la fragmentación del movimiento no funciona, se intentará cooptar a la dirigencia del mismo mediante la creación de privilegios de todo tipo -la *burocracia* sindical- o de extender esos privilegios a una capa de los obreros -la *aristocracia* obrera- diferenciándola del resto con el propósito de impedir la unidad de la clase.

Es decir, la estrategia general de las asociaciones empresariales consistirá en estimular, de todas las formas posibles en una determinada circunstancia, las divergencias potenciales de la clase dominada. Sin embargo, esta posición no está eximida de posibles contradicciones entre asociaciones empresariales que representen a distintas fracciones de la clase dominante, o mejor aún en los países latinoamericanos, asociaciones *nacionales* que enfrenten a asociaciones *consulares* o directamente al empresariado *transnacional*. En estos casos la estrategia general puede variar debido a una alianza coyuntural con grupos obreros que privilegien el mismo conflicto -la nación frente al imperio, por ejemplo-.

\* \*

Este último tipo de divergencias también es enfrentado, en un nivel superior, por otras asociaciones de la clase destinadas a la unificación ideológica de la misma, es decir que se destinan a la discusión *al interior* de las instituciones de la clase. Esta no es, generalmente, una discusión abierta ni transparente sino que se procesa con contenidos puramente *ideológicos*. Como ejemplo de este tipo de estrategia pueden citarse los *Rotarios* o los *Clubes de Leones* y otros similares.

#### 4.2.2 Instituciones de la clase dominada.

El hecho que la clase dominada se organice es lo que ha permitido la constitución del Estado moderno. Esa organización presenta varios niveles, según el desarrollo alcanzado por la clase. El primer nivel aparece como consecuencia inmediata de la constitución de la empresa capitalista, la cual requiere que los obreros se reúnan en un mismo espacio físico. El espacio físico de la empresa va a adquirir el carácter de un espacio social, el cual podría definirse como el lugar -no necesariamente material- de reunión donde las personas discuten sus problemas colectivos o sus necesidades comunes. A partir de allí se desarrollarán las instituciones de la clase, cuya base permanente es el sindicato. Las diversas formas que este asume (de empresa, de rama, regional, sectorial, federativo, etc) son un resultado parcial de las luchas que el mismo emprende, así como las luchas que emprende responden generalmente a las condiciones objetivas que enfrenta.

\*

En la empresa, la organización obrera -representada a menudo por una comisión interna- va a dirigir sus reivindicaciones a las condiciones de trabajo. La cuestión del valor de la fuerza de trabajo no se presentará, en general, a este nivel, ni en los términos de la productividad ni en los del nivel de vida; en todo caso, los obreros podrán oponerse a la disminución de su valor en la esfera productiva cuando para ello se reorganice el proceso de trabajo de manera que se deterioren las condiciones del mismo (aumento del ritmo u otras formas de esfuerzo, o deterioro del ambiente con ruido u otras contaminaciones), aunque también puede ocurrir que acepten *monetarizar el riesgo* cambiando el deterioro de las condiciones de trabajo por un mayor salario u otras compensaciones monetarias como extras o premios.

\* \*

Estas diversas alternativas de estrategias internas a la empresa van a depender de la organización de la clase, a su vez dependiente de la situación económica general, como se ha señalado en otra parte de este trabajo. De todas maneras, es fácilmente perceptible la confusión que significan o que pueden generar los distintos tipos de reivindicaciones ejercidas a este nivel, de

manera que el proceso organizativo de la clase debe hacer fuerte énfasis en estos aspectos, que a falta de mejor nombre se ha llamado concientización. Fuera de la empresa el problema del sindicato es el fortalecimiento de su organización, lo cual va a permitirle sentarse a la mesa de negociación con la representación de la clase dominante en mejores condiciones. Ese fortalecimiento, reiteramos, está determinado por las condiciones objetivas -básicamente el nivel de empleo y de incorporación al trabajo asalariado de la población, o recíprocamente la disminución de la sustituibilidad- y por el trabajo político organizativo que unifique la voluntad del conjunto de la clase. En este terreno, en consecuencia, la estrategia debiera ser luchar, en primer lugar, por aumentar el nivel del empleo y luego por reivindicar las condiciones de vida y de trabajo. \*\*\*

Sin embargo, la estrategia desarrollada por los sindicatos se aparta con frecuencia de la línea señalada y no siempre en busca de estrategias más viables para llegar al objetivo buscado, sino como consecuencia del deseo de mantener privilegios alcanzados en cualquiera de los niveles organizativos posibles: la dirigencia obrera, la empresa, el sindicato, la federación, el sector o la región. Esta divergencia entre la estrategia sindical y la de la clase no se debe -en la mayoría de los casos- a corrupción obrera sino a la falta de alternativas reales para hacer coincidir ambas perspectivas, pero de cualquier manera el resultado ideológico va a ser fragmentar la conciencia de los obreros en cuanto a privilegiar una lucha reivindicativa inmediatista -la determinación económica sobre la determinación política de la reproducción de la clase- que puede llegar a desviarlos de sus objetivos históricos: la unificación de la clase en la lucha por la transformación social. \*\*\*

Lo dicho en el párrafo anterior no debe interpretarse como un abandono de la lucha reivindicativa por mejores condiciones de vida y de trabajo. Por el contrario, lo que se busca es una correcta interpretación de la importancia y el significado variable de la misma. Lo que no es favorable para el desarrollo de las luchas obreras es que se limite sólo a esas reivindicaciones. La diferencia en la significación e importancia de la lucha por condiciones de vida y trabajo se encuentra en la existencia de contradicciones profundas entre fracciones de la clase, o en diferencias considerables entre las conquistas alcanzadas por diversas instituciones que la representan. Cuando la clase es relativamente homogénea en sus condiciones de existencia y en su institucionalidad, entonces las reivindicaciones por mejores condiciones adquieren una cualidad transformadora que no tienen en el caso de una gran heterogeneidad. En el primer caso la lucha reivindicativa unifica a la clase, en el segundo la fragmenta. Aún en esta última circunstancia la lucha reivindicativa no debe abandonarse, pero siendo conciente de su significación y luchando en otros terrenos para revertir ese proceso. 5

La discusión sobre estrategia sindical parte de la consideración que existen otras instancias específicamente destinadas a la lucha política que son los partidos, por lo tanto a los sindicatos sólo les correspondería actuar en el terreno de la reivindicación económica, pero lo que ocurre es que, si bien las funciones de ambos tipos de organizaciones son las señaladas, el aceptarlo como práctica es caer en la trampa de la escisión funcional de hechos sociales que son inseparables en su concreción. Por ello es que más arriba se habla de las dos determinaciones de la reproducción de la fuerza de trabajo: la económica y la política, separables en el análisis pero inseparables en la práctica social.

De modo que los partidos políticos también son formas organizativas que tratan los mismos problemas que los sindicatos pero en un diferente nivel social: el plano de la política, es decir el que corresponde a las decisiones que van a conformar la sociedad futura, pero para hacerlo no pueden perder de vista las determinaciones actuales, básicamente las condiciones de vida y de trabajo. Esta caracterización de los partidos tiende a identificarlos con posiciones de clase, lo cual se contradice con la composición que los partidos tienen en la

	DE	DP
Sindicato	XXX	X
Partidos	X	XXX

Analizar la relación sindicatos partidos via la coincidencia o diferencia frente al signo de la determinación política

realidad. Sin embargo la contradicción es aparente, pese a la existencia de partidos políticos autodefinidos como policlasistas -lo cual significa que no se adscriben a una posición de clase o, alternativamente, que contiene personas que forman parte de clases diferentes- puesto que no es la autodefinición lo que los caracteriza -el discurso ideológico- sino su práctica real. En consecuencia, pueden existir partidos que sigan las orientaciones de cada una de las clases que disputan el poder societal.

Por fin, hay otras organizaciones que no se definen por una práctica de clase que son los movimientos sociales. No entraremos en su discusión; baste decir que su papel se encuentra en la reivindicación puntual sobre aspectos que hacen a la esfera de la circulación y en consecuencia al problema de la reproducción, que su institucionalidad es precaria y que sin embargo experimentan una *onda* de avance significativo en todos los países del mundo, lo cual les confiere una importancia particular cuyo análisis aún debe ser profundizado.

#### 4.2.3 Aparatos del Estado.

Utilizaremos la noción de aparato de Estado como una forma organizativa que constituye una pieza de articulación entre algunos o todos los grupos sociales que conforman ese Estado. Es decir, en esta definición *ad hoc*, un aparato de Estado es una institución cuya función inespecífica -o si se quiere ideológica- es ser un espacio de discusión y acuerdos para grupos que actúan en representación de clases. En esos espacios es donde se construye y reconstruye la conducción del Estado en los países capitalistas subdesarrollados.

Cualquier institución, pública o privada, puede constituir un aparato de Estado, cualquiera sea su función específica. Es indiferente que se trate de la institución escolar o de la asociación del fútbol, lo importante es que allí se reúnan los representantes de clases cuyo acuerdo sea necesario en torno de algún aspecto de la política nacional.

En muchos de los países latinoamericanos, donde el predominio de la política sobre otras determinaciones sociales es tan evidente, los aparatos del Estado se concentran en lo que se ha dado en llamar el *sector público*, esto es la parte de la organización gubernamental de la sociedad. No todas las instituciones del sector público son aparatos del Estado en el sentido de la definición anterior, ni tampoco las que lo son tienen asignada esa función, que además no es permanente, sino que asume ese papel como forma de búsqueda de solución para alguna de las contradicciones sociales vigentes en el período actual. Esta función es una función ideológica, en el sentido que contribuye a conformar las prácticas sociales -construye los sujetos de esa práctica- junto con otras determinaciones que aparecen en el nivel de los individuos.

En suma, todas las instituciones del sector público tienen una práctica concreta que es la que le asigna el Estado en la realización de sus políticas; algunas de esas instituciones realizan también una práctica ideológica dirigida a crear el consenso parcial necesario a la hegemonía del *bloque en el poder* respecto de alguna contradicción en el seno del mismo. Además existen otras instituciones, fuera del sector público, que realizan una función similar como aparatos de Estado. O sea, hay aparatos de Estado públicos y aparatos de Estado privados.

En general, la institución que se ocupa de la seguridad social se crea como una institución de tipo intermedio, que cabalga entre lo que acabamos de mencionar como sectores público y privado (lo cual hace dudar de la pertinencia de la categoría sector para propósitos interpretativos). Ese cabalgamiento es el que le confiere una capacidad particular para obrar como aparato de Estado, pues es una verdadera *mesa de negociación* a la que se sientan los representantes de la burguesía, del proletariado y del gobierno, que son las tres partes interesadas en la búsqueda de formas de consenso que hemos señalado. Esto no significa que la seguridad social adquiera automáticamente esa

función, sino que lo hará en la medida que las contradicciones entre burguesía y proletariado lo requieran.

Para terminar de puntualizar las cosas: La institución de la seguridad social cumplirá, en cualquier país, todas o algunas de las siguientes tres funciones, en proporciones variables según las circunstancias efectivas que esa sociedad confronte: mejorar las condiciones de vida y de trabajo del proletariado, disminuir los costos de las empresas, disminuir el nivel de conflicto creado por las contradicciones entre clase dominante y clase dominada. Estas tres funciones se cumplen mediante un único mecanismo: a través de la creación de un salario indirecto expresado en beneficios de distinto tipo -entre los cuales es de gran importancia el acceso diferenciado a servicios de salud- para lo cual el gobierno asigna una parte variable del gasto público, contándose además con aportes directos empresariales y salariales. De esta manera los empresarios disminuyen los salarios directos que pagan a los obreros y estos pagan por los servicios que reciben menos del costo real de los mismos.

Con esta caracterización, la estrategia de la institución que representa a la seguridad social, va a depender de la combinación de funciones que entienda que debe realizar, es decir de la manera que la propia institución interprete su papel, tanto en el ámbito de la práctica específica -concretar la entrega a los obreros del salario indirecto- como en el ideológico. Puede ocurrir, por ejemplo, que la institución no perciba su papel en este último sentido, lo cual le llevará a cometer errores que pueden ser graves para la creación del consenso, estimulando así los conflictos de clase (en Argentina, cada vez que se anuncia alguna restricción en la participación obrera en las instituciones de seguridad social -las obras sociales- la central de trabajadores amenaza con una movilización o huelga). Puede ocurrir también que se parcialice la acción en favor del otorgamiento de beneficios a la clase obrera, lo cual puede conducir a la necesidad de aumentar las fuentes de financiamiento de la institución al mismo tiempo que contribuirá al fortalecimiento de la base social en la conducción del Estado -uno de los fundamentos del Estado populista- o, por último, que se privilegie el extremo opuesto de facilitar las cosas a los empresarios, lo cual significará la desatención parcial de las necesidades obreras, al mismo tiempo que tenderá a transformar a la institución en un intermediario dirigido a proporcionar capital financiero a la burguesía.

En cualquiera de los tres casos, la institución de la seguridad social puede desempeñar un papel clave en la articulación entre las clases o en la agudización de los conflictos. De manera que la adecuada comprensión de la situación enfrentada es esencial para el desempeño de esta institución en su carácter de aparato de Estado.

#### 4.3 Los mecanismos del 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 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 los 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.

#### 4.3.1 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 tipoparticular 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 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 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 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). La 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:

	ÁMBITOS				
INFORMACION	Docencia	Investig	Servicios	Adm. Sup.	Población
Médica	xxxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxx	xx
Sanitaria	xxx	x	xxxxx	xxxxxxxx	x
Administrativa	x	x	xxxxx	xxxxxxxx	
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 biológico 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 estos 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~~ *caracterizables* 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 ~~ese~~ 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.

#### 4.3.2 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 ingeren-

cia 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 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 a los otros subsectores.

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.

#### 4.3.3 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 lógica formal 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.

El cuadro anterior muestra las combinaciones de esas características del poder en los grupos sociales estudiados en el presente estudio. El cuadro anterior muestra las combinaciones de esas características del poder en los grupos sociales estudiados en el presente estudio.

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
. Burocracia	. de clase	

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.

4.3.4 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 sí existen para las formas típicas teóricas y prácticas de la organización administrativa y técnica: la burocracia.

El poder 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.

Con las conexiones  
de Edwards (343738)

4a versión

# TECNOLOGIA Y SALUD

Mario Testa y Hugo Mercer  
Carlos Bloch

## 1. Reflexión inicial.

El desarrollo tecnológico en salud reconoce dos grandes revoluciones: la generada hace 50 años con las innovaciones de la industria químico farmacéutica que condujo a la aparición de drogas altamente eficaces en sus efectos biológicos, y la que en los últimos diez años viene alentando el desarrollo de la microelectrónica con sus aplicaciones en los equipos de diagnóstico y tratamiento. Asistimos así en salud a una segunda revolución epidemiológica (Terris, 1980) y también a otra en el plano tecnológico. Estos dos hechos han cambiado radicalmente tanto los procedimientos -la práctica- como los conocimientos -el saber- médicos, cuyas repercusiones exceden el terreno de la salud y se inscriben en lo económico, político, legal e inclusive cultural. Lo que está en juego es primordial para el país, en un momento en que las decisiones de política se insertan en el contexto de graves problemas económicos en el plano internacional, por lo que se justifica identificar las varias dimensiones que componen nuestro objeto de estudio: la tecnología médica.

La legislación en materia sanitaria ha quedado retrasada respecto a las innovaciones tecnológicas; por otra parte, las disposiciones que regulan la incorporación de equipos en el conjunto de la actividad económica no contemplan la especificidad del comportamiento médico. De tal manera que no es extraño observar una pérdida en la capacidad de regulación estatal sobre la incorporación de equipamiento médico (Banta y Russel, 1982).

La atribución estatal de regular y fiscalizar las condiciones del ejercicio médico es una prerrogativa cuya esencia no ha sido negada; se ha argumentado en contra de la extensión de esa capacidad de control, pero una revisión de los antecedentes del ejercicio del control estatal revela tanto su persistencia como lo antiguo de su reconocimiento (Veronelli, 1975).

Hay que diferenciar, sin embargo, la presencia de un órgano estatal con el real ejercicio de esa capacidad reguladora. Desde diferentes ángulos se hace visible que en Argentina ha existido un retroceso en el papel rector del Estado en la organización de la protección a la salud para el conjunto de la población y consiguientemente en el mantenimiento de un control sobre lo que otros efectores de la atención realizan.

Sacar ← { Por lo pronto, salud ha disminuído su presencia histórica dentro del presupuesto nacional; esa tendencia se acentúa bajo gobiernos de facto, recuperando en cambio una voluntad de participación pública al ocupar el poder gobiernos constitucionales. }

En tanto el gobierno ha mermado su intervención restringiendo su gasto en el sector salud, se ha estimulado el crecimiento de otros subsectores o bien la incorporación de nuevas modalidades asistenciales. El conjunto de las obras sociales, a pesar de sus problemas internos, ha crecido enormemente. No existe una clara estimación del volumen de capital que controla en cada ejercicio, pero algunos sectores apuntan a que el gasto en salud de las Obras Sociales es un 2.5% del PBI, esto es unos 2100 millones de dólares anuales, dado un PBI cercano a los 75000 millones de US\$.

La medicina privada también ha crecido, de poseer un 20.5% de las camas hospitalarias en 1971 pasó a un 23.3% en 1980, siendo el único efector que aumentó sus servicios. El surgimiento de los sistemas de prepago (*health insurance*), similares a los existentes en los países industrializados, integró a una vasta capa de demandantes insatisfechos con los servicios públicos o bien recibió a los pacientes referidos por las Obras Sociales al carecer estas de capacidad instalada propia. Esta modalidad de organización de la práctica

médica fue una nota distintiva en los ámbitos urbanos, que junto con el crecimiento de centros asistenciales privados y la incorporación de equipos de avanzada tecnología constituyen rasgos centrales de lo ocurrido en la salud argentina en los últimos años. Su centralidad se expresa en que ese modelo de articulación entre sistema de prepago (control financiero) sanatorios privados y equipamiento, tuvo su anverso en una política sanitaria que desprotegió crecientemente a la población.

Introducir en un párrafo aspectos económicos y sociales.

Los aspectos económicos -en el sentido tradicional del término- son los que destacan los componentes de la relación costo beneficio, esto es los que permiten estudiar la incorporación de tecnologías nuevas como proyecto. Esos aspectos son básicamente los siguientes: la producción, comercialización nacional e internacional, su incorporación y utilización, la evaluación en términos de los indicadores tradicionales comparados y el financiamiento por subsectores de actividad.

A pesar de que la incorporación de tecnología explica el 50% del incremento de costos de la atención médica en países industrializados (Borini, 1984), es poco lo que se ha investigado acerca de su repercusión en los países subdesarrollados.

En cuanto a los aspectos sociales, corresponden a una determinación amplia de las consecuencias de la incorporación tecnológica que en principio podrían ser las siguientes: la significación para los distintos actores de ese proceso, la inserción social en cuanto redefinición de relaciones y la rearticulación del sector salud en el Estado.

A pesar de ser obvio, reiteramos que la interpretación de los aspectos sociales no se puede realizar al margen de la comprensión de los económicos, por lo que una política de investigación amplia debe contemplarlos todos, pero ellos no son abarcables en términos de un proyecto de investigación, aunque su ubicación correcta requiera la consideración preliminar de ambos, que es lo que sigue a continuación.

caubrar

2. Justificación.

La política económica estatal que contuvo artificialmente el precio del dólar alentó a que los industriales, a partir del segundo semestre de 1978, crearan una demanda considerable de importaciones de bienes intermedios a bajo costo (Susani, 1984).

Según el Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la salud (MBS, 1979) la distribución de servicios asistenciales y camas en el país era la siguiente:

Cuadro: Distribución de establecimientos y camas hospitalarias por dependencia, 1979.

Dependencia	Establecimientos (%)	Camas (%)
Público (nac. prov. munic.)	42.6	59.4
Obras Sociales	5.5	7.3
Privado	51.8	33.3

Fuente: MBS, Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la salud, 1979 y Antonio García R.T., Condicionantes estructurales en el uso y difusión de la tecnología médica, Cuadernos Médico Sociales 19, enero de 1982.

Por razones que obviamente no se inscriben en la justificación técnica, las obras sociales y el sector privado nuclea más de dos tercios de los servicios de mayor complejidad. Con el desfinanciamiento del sector público tal situación se agrava ya que los 20 a 25 millones de dólares que ingresaban por año se concentran fundamentalmente en el sector privado.

Puede ser necesario diferenciar el financiamiento de la tecnología en los diversos ámbitos ~~que se han discutido hasta aquí~~: producción, incorporación, utilización y evaluación, pues en cada uno de ellos el problema se presenta de distinta manera, sobre todo porque cada uno de esos procesos involucra magnitudes de dinero y condiciones sociales muy diferentes.

La producción de tecnología en sus versiones sofisticadas requiere una fuerte inversión de capital y una infraestructura técnico científica de primera línea, no fácil de alcanzar para países subdesarrollados. Las empresas que se dedican a este tipo de producción se encuentran entre las más avanzadas de las transnacionales y su instalación puede requerir un volumen de capital financiero que a veces excede el disponible para un país subdesarrollado, aún mediante inversiones conjuntas entre subsectores públicos y privados. De manera que su instalación es improbable, por el momento, salvo como inversión extranjera; de todos modos debería existir un inventario de las empresas de este tipo en el país, sus fuentes de financiamiento y los mecanismos de control existentes, debido a la importancia que las mismas pueden ejercer, a través de la comercialización de sus productos, en la determinación de las prácticas asistenciales.

*Paralelo de cierre (\*)*

Por otra parte, hay un espacio abierto para ciertas inversiones de una forma de tecnología que se ha calificado como adecuada, en el doble sentido de la correspondencia entre problema y solución y entre *proceso técnico y comportamiento* en sentido amplio. Esa correspondencia obedece, generalmente, al bajo nivel de sofisticación de su proceso de producción y a su génesis en el acervo tradicional, dos razones que justifican su incorporación sin problemas en las prácticas locales. Su identificación es, por lo tanto, de interés para el país; la investigación requerida para apoyar su desarrollo es un campo promisorio para la intervención de las universidades, siempre que puedan superar su crónico desfinanciamiento.

Respecto de la incorporación hay que separar lo que corresponde a la tecnología nacional de la importada. El proceso de incorporación de la tecnología producida en el país requiere un fuerte apoyo oficial -y también un control- para esas actividades. Este es un campo múltiple donde hay que realizar un conjunto de tareas que incluyen controles de calidad, experimentación en terreno, preparación de personal, difusión entre utilizadores y usuarios, todo lo cual insume un tiempo considerable que atenta contra sus posibilidades de llegar a buen término, de ahí la necesidad de ayuda oficial.

La incorporación de tecnología importada presenta menos problemas, porque ya está calculada en el proceso de venta promovido por las compañías que la producen. Para el país ello representa más bien una necesidad de defenderse frente a la incorporación acrítica de una tecnología que puede no ser adecuada en uno o los dos sentidos mencionados anteriormente. Habrá que tomar en cuenta el interés nacional por esa incorporación, pues de ello dependerá la forma de financiamiento propuesta para la misma: que corra por cuenta de la empresa productora o que las instituciones locales se hagan cargo de ello. Esta cuestión se encuentra en relación con el subsector al que se destina esa incorporación, si es que está diferenciada de esa manera.

En cuanto al financiamiento del uso, también depende del subsector de actividad que ha realizado la incorporación y forma parte directa del financiamiento general de las actividades de salud, por lo que se incorpora a ese análisis. Lo importante a recordar es la relación que liga a las formas de financiamiento con la organización subsectorial del sector, lo cual significa que incorporaciones de tecnología que impliquen -por los volúmenes de financiamiento requeridos- cambios importantes en el costo de la atención, pueden significar, al mismo tiempo, cambios en las formas organizativas subsectoriales.

\*. Es sabido que el saber médico está determinado por la práctica. El par no fuente en la cadena de determinación es este de la práctica por la tecnología, lo cual cierra el círculo que justifica el análisis del proceso para poder orientar las tener elementos fundados que permitan orientar la política a este respecto.

NO

Sacar  
↑↑  
sintetizar

NO

FINANCIAMIENTO	
DESTINO	.. Nacional . Exterior
Producción	.. Empresas
sofisticada ..	.. Gobierno
sencilla ..	.. Intermediarios . Empresas
Incorporación	.. financieros .
Uso	.. Subsectorial .

### 3. Objeto de estudio *(Relaciones de los) actores*

Los actores de este proceso son los siguientes: productores, intermediarios, propietarios, utilizadores, usuarios y fiscalizadores. Cada uno de ellos juega un papel dentro de la dinámica que los relaciona, papel que puede modificarse o consolidarse durante el proceso.

Se supone que las necesidades materiales del usuario son las que desencadenan el movimiento que conduce a la estructuración del sector salud y a las diversas actividades que se ordenan en torno al mismo. Sin embargo, la determinación en base a las necesidades materiales no es la única posible para el usuario -de hecho para ninguno de los otros actores- sino que existe también una necesidad simbólica que va más allá de la resolución del problema material -la cura o prevención de una enfermedad- pero que también puede requerir cuantiosos gastos para su atención. Esa necesidad simbólica se expresa de distintas maneras en diferentes grupos sociales pues depende de las condiciones de su articulación con el resto de la sociedad, de modo que su correcta interpretación sólo podrá realizarse una vez que se hayan identificado las relaciones externas de cada uno de los grupos que conforman los usuarios. Para algunos de estos se tratará de obtener acceso fácil a un servicio que hasta entonces estaba fuera de su alcance -independientemente de su necesidad real- en tanto que para otros se tratará de obtener servicios diferenciados de otros grupos de población, aún de aquellos equiparables a su misma condición social, o de obtener un mayor confort para servicios de similar calidad asistencial.

Descartada la predominancia del usuario, veamos el papel del utilizador. Con este nombre designamos al actor que maneja la tecnología disponible, es decir que controla su aplicación sobre el usuario o, en términos más comunes: el equipo de salud. Así como con el usuario se encuentran diferenciaciones según múltiples criterios -que reaparecerán más adelante-, ello también ocurre con el utilizador: las diversas categorías que conforman la fuerza de trabajo y las relaciones que se establecen entre ellas. De entre esas categorías ocupa un papel predominante la de médico.

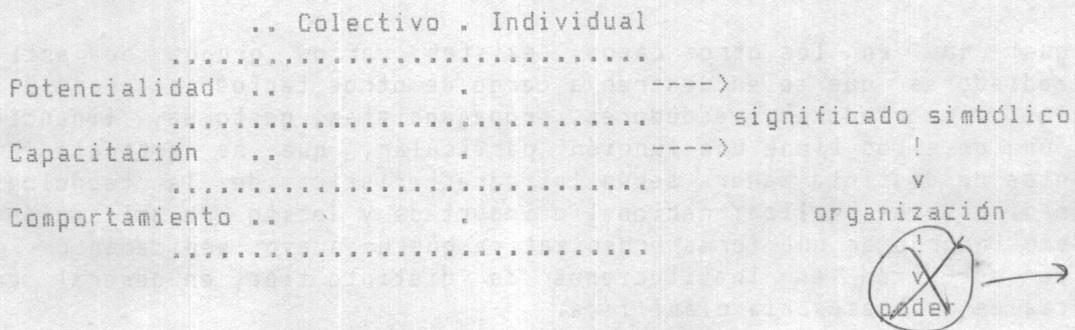
Conviene establecer niveles para este actor: hay un nivel colectivo constituido por el equipo y niveles individuales correspondientes a las funciones especializadas que realiza cada uno de los miembros del mismo.

La significación material del uso de una cierta tecnología se identifica con la potencialidad con que se enfrentan los problemas a resolver -un aparato de radioscopia permite ver mejor las lesiones pulmonares que la simple percusión y auscultación- pero produce una tendencia a utilizar siempre la tecnología más avanzada aunque no sea la adecuada en cierta circunstancia -la auscultación va a percibir el espasmo bronquial en condiciones que la radioscopia sería inútil-, lo cual quiere decir que la significación positiva del uso de la tecnología, se contrapesa con el sesgo que se puede introducir en el comportamiento de sus utilizadores.

Esa potencialidad, junto a la capacitación que se requiere para manejarla, es la que otorga el significado simbólico al utilizador, frente a los restantes miembros del equipo y a los usuarios. El poder del médico en el equipo y el status frente a la sociedad se derivan de este dominio técnico de los procedimientos; cuanto más modernos y sofisticados sean estos mayor será ese poder y ese status.

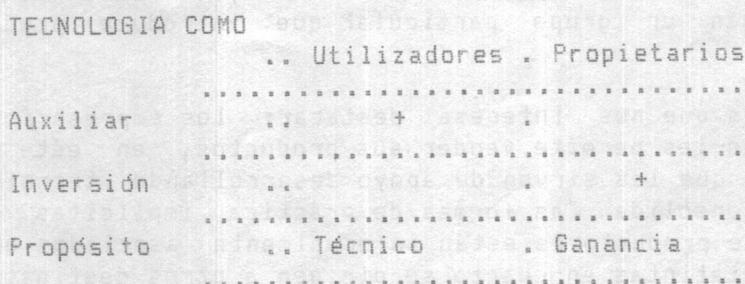
La relación de ubicación en el equipo y frente a los usuarios se repite, con las debidas modificaciones, con el resto del personal de salud. Cada uno de los miembros del equipo va a tener una cierta capacidad de manejo instrumental que se verá inmediatamente reflejada en una jerarquización relativa respecto de los dos referentes mencionados. En cuanto relación interna, esta disposición va a impactar la organización de la prestación siendo, por lo tanto, uno de los elementos claves de la tecnología organizacional.

UTILIZADOR



El tercer actor -aunque a esta altura deberíamos reconocer que se trata en cada caso de grupos de actores- que vamos a describir es el propietario que, en muchos casos, sobre todo hasta hace unos años, era el utilizador dominante, esto es el médico. La situación en que utilizador y propietario se identificaban en un sólo personaje se modificó como consecuencia de la introducción de la tecnología moderna en el terreno de la atención médica. Ello sucedió como consecuencia de la complejización y sofisticación de la práctica, lo cual requirió de cuantiosas inversiones de capital difíciles de realizar por médicos individuales; de modo que pasó a constituirse en un terreno para los inversores económicos. En otros términos, la tecnología de la práctica médica pasó de ser un auxiliar del desempeño profesional del médico a ser una inversión rentable, cambiando su status en el terreno económico. En muchos casos esto no significó el desplazamiento físico del médico por un nuevo personaje, el inversor, sino sólo su desplazamiento funcional, es decir su transformación en inversor, lo cual no tendría nada de particular si no fuera porque cambia las motivaciones de su práctica profesional.

ACTORES



El propietario de la inversión en tecnología -salvo cuando se trata del Estado- tiene su interés principal en la recuperación ampliada de su capital, como es característico en cualquier otro tipo de inversión, de manera que tanto en sus relaciones con los utilizadores -su fuerza de trabajo- como con los usuarios, su comportamiento estará regido, en general, por la obtención de

ganancias.

En el caso del Estado como propietario, su significación cambia para adquirir contenidos que varían según la concepción de Estado aceptada, pudiendo llegarse desde la identificación de los comportamientos del Estado con la clase dominante, pasando por la noción de Estado como garante del bien público hasta el reconocimiento de la heterogeneidad de composición.

PROPOSITO

PROPIETARIO

NO

Estado	.. Bien público	. Ganancia
Privado	.. Democracia	. Dictadura
	.. -	. +

Al igual que en los otros casos, existen varios grupos de actividades intermediadoras que se encuentran a cargo de otros tantos actores o grupos sociales: importadores, vendedores, propagandistas, gestores, financiadores. Cada uno de ellos tiene una función particular, que se articula con las restantes de distinta manera según las características de la tecnología cuya intermediación se realiza: nacional o importada y ámbito de aplicación -no es lo mismo incorporar una forma organizativa que un nuevo medicamento- por lo que se agruparán en instituciones de distinto tipo, en general empresas comerciales o de asesoría científica.

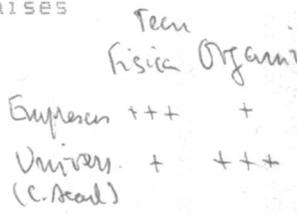


Las diferentes formas institucionales y tipos de funciones conservan sin embargo una homogeneidad de significación, en cuanto consolidan una forma de práctica o promueven su profundización. En este caso, más aún que en el anterior, comienza a hacerse patente la diferenciación entre la práctica de las actividades de salud y la que corresponde a sus proveedores materiales e ideológicos. En esta tarea ideológica algunos intermediadores tienen más peso que otros. El importador es un comerciante que gana dinero con su trabajo y le da lo mismo importar una cosa que otra; lo mismo ocurre con el vendedor o con el financista, en cambio los propagandistas y los gestores tienen que ingeniarse para convencer a los utilizadores y propietarios de la bondad de los materiales físicos o intelectuales que les proveen.

El caso de propagandistas y gestores es especialmente interesante, porque constituye una pieza clave de esta correa de transmisión que permite el funcionamiento de la máquina tecnológica. Como toda propaganda, la propaganda de la tecnología esta dirigida a un sector del público, no al público general, para lo cual asume formas diversas según el tipo de material que intenta vender o el específico sector del público que debe decidir sobre la incorporación del mismo. Las razones por las que los propagandistas realizan su tarea son generalmente económicas -les pagan para ello- pero también ideológicas. En este último caso conforman un grupo particular que introduce productos científicos.

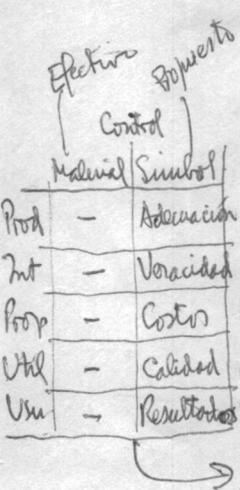
Hay dos tipos de productores que nos interesa destacar: los empresarios que entran en un mercado que les permite vender sus productos, en este caso tecnología material y los que les sirven de apoyo desarrollando tecnologías organizativas, las cuales consolidan las formas de práctica implícitas en la anterior. Estos dos tipos de productores están informalmente asociados en sus prácticas, pero estas son distintas en cuanto se dirigen a otros destinatarios y utilizan otros medios e intermediarios para realizar su tarea.

Ambos tipos de producción tienen origen, generalmente, en los países centrales donde se generan en grandes empresas -el primer tipo- o en universidades u otros centros académicos -el segundo- de donde son traídos a los países periféricos para su consumo.



Al último de nuestros actores lo hemos llamado fiscalizador, designando con este término la responsabilidad del control sobre las prácticas vigentes o propuestas. La función de fiscalización es generalmente asumida por el Estado y más específicamente por el gobierno, aunque en algunos países parte de esta práctica corre por cuenta de instituciones extragubernamentales (no por ello dejan de ser estatales) como los colegios o federaciones médicas u otras.

La fiscalización debe estar dirigida a todos los actores que intervienen en la cadena que conduce a una forma específica de práctica: productores, intermediarios, propietarios y utilizadores -también el usuario como control de los resultados obtenidos- deberían caer bajo la mirada vigilante del fiscalizador, el cual contaría para ese propósito con recursos como la observación directa, la encuesta, el registro y las normativas a cumplir para el otorgamiento de permisos respecto de cada una de las actividades de los actores. Pero el ejercicio de esa función no siempre se cumple; para que ello ocurra deben llenarse ciertas condiciones que caractericen a la institución encargada como un aparato articulador del Estado.



La función de fiscalización está claramente destinada, en cuanto relación material, al cumplimiento de las normas reglamentarias para el ejercicio de la práctica; en cuanto relación simbólica es un intento de controlar los abusos de poder que se ejercen sobre el destinatario final de las diversas actividades que giran en torno a ella. En este sentido es una actividad fundamental que se enfrenta a los actores que actúan del lado de la oferta de servicios, incluido el propio gobierno.

La conclusión preliminar que puede derivarse de este cúmulo de relaciones materiales y simbólicas, es que la configuración que asumen expresa el poder que cada uno de los grupos sociales involucrados posee efectivamente. Este poder no se genera internamente, en el sector, sino que tiene que ver con la configuración total del Estado, de modo que sólo podrá ser abarcado en su complejidad una vez que se haya analizado esa configuración, en lo que corresponde al quehacer de salud.

ACTORES	NECESIDADES	
	.. Materiales	. Simbólicas
Productores	.. Ganancias	. Poder
Intermediarios	.. Remuneraciones	. Ideologizar
Propietarios	.. Ganancias	. Dominación
Utilizadores	.. Técnica	. Status
Usuarios	.. Salud	. Variable
Fiscalizador	.. Normar	. Control poder
Expresa	.. Realidad	. Composición fuerzas

#### 4. Objetivo de estudio

4.1 La tardía intervención reguladora estatal (Decreto Ley 5340/63 y Ley 18875/71) sólo sirvió para disminuir un proceso cuyas manifestaciones más álgidas ya se habían consumado. Al aplicarse con cierto rigor dichos decretos se produce un descenso de 44 a 20% del valor en equipamiento incorporado de 1981 a 1982 (Borini, op.cit.). La disminución de importaciones cerraba un

ciclo de desmantelamiento de una incipiente producción nacional de tecnología médica, pero sobre todo, marcaba con firmeza la evolución de un sistema asistencial privado, denominado por algunos autores como la *medicina negocio* (Belmartino, Bloch, 1983). Dado que el sector privado es el que cuenta con menor número de camas y que fue el receptor por excelencia, se destaca la existencia de una concentración de equipamiento en tal subsector.

*Aprender conectivo*  
4.2 Evaluación.

Al privilegiar el enfoque económico correspondiente a la formulación de proyectos, se destaca el papel central de los procesos de evaluación, que son los que fijan los criterios principales para la aceptación o rechazo de los mismos.

La categoría básica tradicional para la evaluación es la eficiencia, correspondiente a la relación entre la cantidad de producto obtenido con un cierto proceso y el costo total incurrido -esta es la relación fundamental del enfoque de beneficio/costo- reduciéndose los problemas a la definición precisa de las categorías involucradas y su medición. Esta categoría satisface los requerimientos básicos en el terreno económico general, en base al supuesto que lo que se produce es de calidad adecuada -para lo cual se incluye el control de esa calidad en el desarrollo interno del proceso- aunque en ocasiones ello no se cumpla. En salud las cosas se complican por la dificultad en definir, en muchos casos, lo que significa calidad adecuada como producto de la actividad realizada.

Por esas razones, en el caso de salud es conveniente -más bien indispensable- introducir la categoría eficacia, definiéndola como la probabilidad de que una actividad alcance el máximo de su efecto potencial, es decir como la relación entre actividades útiles y actividades totales -como ejemplo: si vacuno 100 niños y 70 quedan inmunizados la eficacia de esa actividad es 70%- En las actividades económicas, la noción de eficacia se encuentra contenida en la de eficiencia, pero en salud su separación hace que el indicador con sentido sea el que resulte de multiplicar los correspondientes a eficacia y eficiencia - (actividades útiles/actividades totales)\*(actividades totales/costo total) = actividades útiles/costo total- pero esto no siempre es posible por la dificultad en la medición del resultado de la actividad, como ya ha sido señalado.

Conviene aún completar estas dos categorías con una tercera que también aparece de manera diferente en el terreno de lo económico estrictamente comercial. En este último se evalúa lo que se conoce como el tamaño del mercado, referido a la dimensión que el mismo puede alcanzar, basado en el cruce de las curvas de demanda y oferta y sus respectivas elasticidades. En nuestro campo también se estudia el alcance de una determinada actividad, pero ya no en base a las consideraciones económicas -en sentido restricto- referidas, sino en referencia a la noción de cobertura, definida por el límite alcanzable con las actividades que se van a desarrollar. Claro que la definición de ese límite puede ser hecha por distintos criterios, incluido el de mercado económico para la actividad médica rentable. El indicador correspondiente a esta noción es el de efectividad, definido en general por el volumen de población al que se alcanza con la actividad y que resulta -en teoría al menos- beneficiado por la misma.

Este indicador difiere del anterior -el de eficacia- en que en cierta forma se encuentra incluido en el de eficiencia, aunque de una manera indirecta y parcial, ya que siendo la eficiencia la inversa del costo por unidad de actividad -costo total/actividades totales- el incremento del número de actividades no tiene porqué refejarse de la misma manera en el costo total, debido principalmente a la distinción entre costos fijos y variables y más generalmente a los ahorros que derivan de las economías de escala. Este elemento debe ser tomado muy especialmente en cuenta en el momento que se intenta generalizar una política de extensión de cobertura -aumento de la efectividad global- a través del programa salud para todos en el año 2000.

ACTIVIDADES	INDICADOR
Actuales	Eficiencia
Útiles	Eficacia
Población alcanzable	Efectividad

Los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad son expresivos de las diferencias que existen entre el ámbito estrictamente económico y el de salud, al mismo tiempo que de las dificultades de medición que surgen en este último. Su aplicación -o mejor el intento de aplicación- debe realizarse de manera comparativa, tanto entre los diferentes subsectores y aún instituciones dentro de un subsector, como entre las poblaciones destinatarias de la actividad.

#### 4.3 Propósitos.

*Referencia en 3*

~~Antes de definir el objeto debemos hacer explícito~~ El propósito que nos guía para plantear esta investigación, ~~Nuestra intención~~ es realizar un aporte para el diseño de una política de incorporaciones tecnológicas en el sector salud, prestando especial atención a las cuestiones de viabilidad -del lado de la conducción administrativa- y de repercusión social sobre la comunidad. [De manera que el objeto estará contenido dentro de lo que hemos denominado los aspectos sociales en el punto 2.2 anterior.]

Una de las formas mediante las cuales podría evidenciarse el tipo de dificultades que se deben vencer para lograr la introducción de una tecnología nueva, es estudiar la historia de alguna incorporación reciente como sería, por ejemplo, la de la tomografía computada o la de las salas de medicina crítica.

Sin descartar este aspecto, pero como una manera de aproximarse a una visión más amplia del impacto global que la tecnología de salud ha tenido sobre la sociedad argentina, debería examinarse el macroproceso de esa incorporación de manera que permitiera percibir sus grandes determinaciones. En este caso corresponde comenzar con el período histórico del análisis para el cual, en primera aproximación, elegiremos el lapso que abarca los últimos treinta años de vida del país, por considerar una doble circunstancia: en esos años se producen una serie de incorporaciones tecnológicas importantes que modifican la estructura tradicional de la práctica y es, al mismo tiempo, el período más convulsionado de la historia argentina desde la formación nacional.

Hay ventajas en incluir ambos niveles del análisis: el global podría evidenciar las tendencias generales en el comportamiento de las variables tecnológico-económicas, en dependencia del comportamiento global de la economía, en tanto que el estudio de un caso ejemplificará las dificultades que pueden interferir con el proceso de incorporación.

No se trata de concebir un objeto mixto para el análisis, sino de integrar ambos niveles de determinación para satisfacer el propósito enunciado de contribuir a la definición de políticas. En consecuencia, existiría un sólo objeto de trabajo que se examinaría en su determinación histórica para el conjunto del sector y en su determinación coyuntural para una institución y un proceso específico. Esto plantea, como es natural, problemas especiales de diseño metodológico que pasamos a examinar.

## 5. Método

Vamos a discutir en primer término el problema global, que consiste en identificar el impacto social de los cambios tecnológicos ocurridos en el período 1955-1984 en el conjunto del sector salud. En segundo lugar se

estudiará un caso en que alguna institución específica haya incorporado alguna tecnología reciente durante el período señalado -preferiblemente a comienzos del mismo- analizando en especial la significación de esa incorporación en términos de la institución.

El método para el estudio global debe poder abarcar el conjunto de las transformaciones ocurridas en lo que es lo específico tecnológico, al mismo tiempo que debe permitir derivar de esas transformaciones las consecuencias sociales que son el objetivo del trabajo que estamos emprendiendo.

Si bien las variables macroeconómicas no permiten, por sí solas, identificar problemas sociales -dado que corresponden a agregados estadísticos y no a actores sociales-, su examen resulta imprescindible para entender la dirección de las variaciones tecnológicas en marcha. Esas variaciones no son inmediatamente aparentes a través de las magnitudes identificables en los registros habituales: compras o importación de los bienes o equipos que son el continente de la tecnología analizada. Por el contrario, tal como lo señalamos en páginas anteriores, cada incorporación requiere transformaciones que abarcan un ámbito más amplio que el que esas cifras pueden expresar. Es decir que las transformaciones se realizan dentro de ciertos conjuntos o estructuras que le confieren la necesaria coherencia. La manera en que el análisis económico puede identificar mejor esos problemas de coherencia se encuentra, por consiguiente, en aquéllos procedimientos que permiten la realización de lo que puede considerarse un análisis estructural. Entre esos procedimientos destaca el de las relaciones interindustriales o matriz de insumo producto.

La matriz de insumo producto puede utilizarse de diferentes maneras según el propósito perseguido, para lo cual habrá que armar la matriz de modo que refleje ese propósito. La técnica de armado implica un cierto dimensionamiento o nivel de agregación, que en nuestro caso debe ser necesariamente el sectorial.

Vamos a definir un *bloque sectorial de salud* como el encadenamiento de actividades económicas cuyo destino final es proporcionar bienes y servicios de salud al consumidor final o al ambiente. Este encadenamiento de actividades permite aproximarse a un análisis que ya no está centrado sólo en magnitudes económicas, sino que al identificar un *locus* específico para la actividad (producción, intermediación, distribución, utilización, consumo) identifica también a los actores del proceso.

La idea de bloque sectorial implica que el mismo debe ser relativamente aislable de modo que pueda establecerse un límite entre lo que pertenece al bloque y lo que se encuentra fuera de él, aunque mantenga relaciones con el mismo. Dentro del bloque conviene definir, a su vez, un *núcleo técnico* que contenga las relaciones más fuertes entre actividades. Esas relaciones serán, en general, intercambios de bienes y servicios: insumos en una dirección (hacia adelante), productos en la otra (hacia atrás).

El bloque en su conjunto mantendrá relaciones externas: insumos del bloque y destinos exteriores, pero también *intersecciones* que se definen como las actividades que compran o venden en bloques distintos al que pertenecen, y *articulaciones* que corresponden a la compra de un bien de capital producido en un bloque y utilizado en otro.

La importancia de esta conceptualización de bloques sectoriales estriba en que se producen fenómenos de arrastre entre las actividades interrelacionadas, sobre todo cuando en alguna de ellas se introduce una modificación tecnológica importante. Esas variaciones no son necesariamente homogéneas en toda la cadena del bloque; puede ocurrir que varíen los volúmenes de ciertas actividades y aún que algunas de ellas desaparezcan, lo cual significa, para los actores, que su peso relativo en la estructura de poder sectorial variará también. Los valores implicados pueden ser considerados un indicador indirecto de la magnitud de esa variación.

Una de las cuestiones que tiene importancia directa sobre el diseño es que los

datos que permiten realizar este análisis pueden encontrarse en fuentes secundarias de registro, de manera que su obtención es relativamente sencilla, aunque la elaboración para obtener la información contenida en ellos pueda resultar bastante compleja.

En el estudio de casos debe mantenerse la compatibilidad con el enfoque anterior, lo cual no es conceptualmente difícil ya que un caso particular implica una mayor desagregación de la matriz. La diferencia fundamental es la imposibilidad de trabajar con fuentes secundarias, de modo que habrá que establecer un registro *ad hoc* para obtener los datos necesarios para el análisis empírico.

El concepto básico, utilizado por algunos investigadores franceses es el de *hilera*, que es el conjunto de estados de la producción asociados al uso de una misma tecnología o a la fabricación de un mismo producto final. Si se sustituye estados por actividades nos encontramos con la anterior definición de bloques.

El enfoque permite estudiar la estructura de relaciones de compra venta según el tipo de mercado, calcular las proporciones de consumo intermedio por unidad producida y analizar la coherencia de las agrupaciones técnicas que en cada fase de la producción concurren a la fabricación del producto final. De esta manera se puede identificar el comportamiento de los agentes -actores- según el tipo de mercado, la generación de valor agregado dentro de la hilera y la difusión del progreso técnico.

Las dos hipótesis básicas que sustentan el análisis son: a) todo actor de la hilera obtiene su capacidad de dominación del poder que puede ejercer sobre el mercado final de la hilera, es decir de su aptitud para orientar al utilizador final; b) para cada fase de la hilera esa capacidad varía según el grado de desarrollo del producto.

La estructura de la hilera puede modificarse a partir de variaciones en el consumo final, o a partir de cambios en las variables tecnológicas que afectan el proceso mismo de la producción. La capacidad de dominación se concentra, en este caso, en la fase que origina la transformación y acapara el valor agregado producido en las fases que se eliminan.

El caso argentino es atípico por diversas razones. Ya en el estudio realizado hace casi veinte años por un grupo apoyado por la OPS y liderado por universidades americanas y europeas (ICSMCU) se mostraron enormes discrepancias respecto al promedio de los otros países más avanzados, tanto en la órbita capitalista como socialista; esas discrepancias en las prácticas históricas es probable que se hayan acrecentado como consecuencia de un crecimiento -o decrecimiento- enormemente heterogéneo entre los subsectores de salud, todos los cuales se modificaron durante el subperíodo 76-84. Ello hace que resulte conveniente estudiar diversas circunstancias correspondientes a los distintos subsectores para lo cual proponemos, en primera instancia, el análisis de hilera en un hospital público, en una obra social y en una institución privada de atención médica.

Cada uno de los casos analizados se considerará un consumidor final, a partir del cual habrá que reconstruir hacia atrás la hilera correspondiente, pero como se aplican distintos procesos será necesario identificar los núcleos tecnológicos en torno a los cuales se agrupan las actividades -estados- de la producción hospitalaria; es decir, en cada caso habrá varias hileras que se generan a partir de la producción final y de los núcleos tecnológicos.

Cada hilera identificada en los casos es un elemento del bloque que conforma el sector. La reconstrucción de este mediante la composición de aquéllas requiere un trabajo adicional considerable, pues los casos están tomados sólo como ejemplos de las dificultades que pueden surgir en una política de incorporación tecnológica. Pero de todos modos se puede comparar las diversas hileras entre sí y con el bloque, como manera de precisar el concepto de heterogeneidad tecnológica y dispersión.

El doble nivel del diseño metodológico planteado conceptualmente en los párrafos precedentes tiene la ventaja de la homogeneidad teórica y constituye una aproximación al intento de identificar la significación social de los cambios tecnológicos en el sector salud, mediante el análisis del aumento o disminución de poder de los actores que intervienen en las actividades del bloque o en los estados de producción de la hilera.

Esa homogeneidad es complementaria de la que existe entre la formulación de bloques e hileras con la conceptualización de instrumento que utiliza el método CENDES-OPS y, con otros nombres, cualquier procedimiento de planificación en cualquier parte del mundo. La diferencia entre la instrumentación y el enfoque de bloques o hileras estriba en que el primero se basa en los recursos utilizados en el proceso de trabajo, en tanto los otros utilizan como referente a las actividades desarrolladas o los estados de la producción.

Pero al mismo tiempo, este diseño presenta una dificultad en el plano de la lógica de la investigación, problema que pasamos a tratar a continuación.

5.1 Procedimiento analítico.

Una metodología investigativa contiene el conjunto de los procedimientos que se utilizan en las distintas fases de la investigación, las cuales pueden dividirse en dos grandes momentos: el descriptivo, el explicativo. Además la metodología contiene una lógica, una manera específica (definida) y particular (propia) de interrelacionar sus diversas partes lo cual le confiere su caracter distintivo principal al hacer que una misma metódica pueda articularse de manera diversa constituyendo así metodologías distintas.

La lógica de la investigación relaciona los momentos señalados más arriba con tres niveles que son: el método, el sujeto -general o específico- y el contenido -las preguntas cuya respuesta se busca- que junto con el anterior conforman el objeto de trabajo.

(4) 6. Temas

6.1 Producción.

El examen del proceso de producción de tecnología para salud requiere su categorización desde varios puntos de vista. En principio vamos a hablar del tipo de los procesos productivos o de niveles de complejidad tecnológica, pero también del destino de la producción según los usos a los que esté destinada y según la integración a la cultura correspondiente, para lo cual utilizaremos las nociones de adecuación y modernidad. Estas categorías deben ser analizadas cuidadosamente pues se encuentran interrelacionadas de manera que su significación puede resultar ambigua. Esa ambigüedad se expresa, por ejemplo, en que una tecnología compleja generalmente está destinada a un cierto tipo de uso dentro de un concepto de modernidad. Es decir que no serían categorías mutuamente excluyentes.

		<b>MODERNIDAD</b>
<b>ADECUACION</b>	..	Sofisticado    Sencillo
		.....
Si	..	.....
		.....
No	..	.....
		.....

Los niveles de complejidad de los procesos productivos no requieren mayor

explicitación: los procesos más avanzados utilizados en los países desarrollados se encuentran, por ahora, fuera del alcance del nuestro, sobre todo en el campo de medicamentos como lo ha señalado Katz. De modo que uno de los diagnósticos a realizar -no necesariamente dentro de este proyecto- está en la determinación del campo posible de producción que puede ser abarcado en las condiciones nacionales.

El destino de la producción tecnológica engloba los terrenos del diagnóstico, el tratamiento, la prevención, el diseño, la administración y la organización, dirigidos a las personas y al ambiente. De modo que en todas las actividades que tienen relación con salud existen procesos tecnológicos de tipo físico u organizativo en los que se pueden introducir modificaciones. De hecho en todos ellos se han realizado avances recientes considerables que plantean novedosos problemas de todo tipo. Para no mencionar sino algunos: la tomografía computada, las salas de medicina crítica, los controles sobre el ambiente, la ingeniería genética, la informática en sus aplicaciones al registro de los fenómenos y el médico de familia. Incluimos aquí la categoría de diseño, ejemplificada mediante la ingeniería genética, por considerar que su desarrollo futuro y las tentativas de incorporación en nuestro país van a requerir difíciles decisiones que es necesario prever.

DESTINO	..	Personas	.	Ambiente
Diagnóstico y tratamiento	.....	..	.	
Prevención y diseño	.....	..	.	
Administración y organización	.....	..	.	

6.2 Comercialización.

Este es tal vez el terreno donde se realizan las actividades económicas más importantes relacionadas con la tecnología de salud, debido a una doble circunstancia: por una parte se continúa así la tendencia general del capitalismo moderno del desplazamiento hacia los procesos circulatorios y el predominio del capital financiero, por otra se reafirma el dominio del tipo de práctica generada por la científización de la medicina a partir de las últimas décadas del siglo pasado.

En el terreno menos abordado -desde el punto de vista de la investigación- de la comercialización nacional de tecnología, es menester realizar un esfuerzo por esclarecer sus dimensiones reales a lo largo de las décadas recientes, sobre todo para intentar definir la participación subsectorial en la dotación de equipos de alta complejidad. Pero el papel principal de la comercialización nacional se encuentra sin duda en la intermediación del comercio internacional, en las formas de distribución que siguen constituyendo -dicho a manera de hipótesis- la determinación en última instancia de las formas de práctica.

		SUBSECTORES		
COMPRAS DE EQUIPOS DE ALTA COMPLEJIDAD	..	Público	.	Privado
Nacionales	.....	..	.	
Importados	.....	..	.	

La comercialización asume una importancia particular debido al paralelismo que se establece entre su papel intermediador dentro del proceso económico -a caballo entre la producción, donde se encuentra la raíz de dicho proceso y la

transformación de dinero en capital, al finalizar el ciclo circulatorio- y la significación de los procesos de intermediación en la investigación de las relaciones entre niveles de la realidad. Este homomorfismo entre objeto de trabajo de la ciencia y metodología de la investigación, es el que confiere a aquella su capacidad generatriz de conocimiento, en diálogo con la sociedad.

Argentina se inscribió en el contexto internacional como un país importador neto de tecnología. El desarrollo industrial de equipamientos médicos preexistente a 1976 se va opacando o transformando en intermediario entre los centros productores de EEUU y Europa y los establecimientos privados, convertidos en los adquirentes de dichos equipos.

6.3 Incorporación y utilización.

Se trata también, como en el caso de la comercialización, de un proceso de intermediación, pero si en aquel los extremos entre los que se intermediaba eran ambos pertenecientes al ámbito de la economía, en este esos extremos se encuentran al cabo del territorio ambiguo que constituye lo social. Esto sucede porque la tecnología puede -en realidad debe- entenderse como una forma de cultura, en un doble sentido: la tecnología es una cultura técnica, o una manera específica de producir las cosas necesarias para la vida: un concreto modo de producción el cual, como es sabido, genera una forma específica de distribución y consumo de los bienes producidos: un también concreto modo de reproducción, lo cual no es otra cosa que cultura en sentido amplio, la que se construye a través de las prácticas habituales que conforman la reproducción cotidiana y de largo plazo de la vida social.

Trasladado a nuestro campo de interés, la cultura técnica de la producción de servicios de salud se encuentra constituida básicamente por la maquinaria que se utiliza y los elementos físicos y lógicos que la rodean, incluidos en esta última las formas organizativas de la práctica. De lo que resulta que la cultura técnica en salud es la tecnología que se utiliza. A lo que apunta esta reflexión es a señalar que la incorporación de tecnología es un proceso social fuertemente dependiente de la capacidad para transformar las formas organizativas, con el consiguiente cambio de los procesos de trabajo que esas formas involucran. Ello hace que esa incorporación requiera la preparación de la fuerza de trabajo en condiciones de capacitación y organización que la hagan permisible.

En el otro extremo del campo, la utilización de la tecnología involucra otra forma de la cultura, el comportamiento en la esfera del consumo de los bienes y servicios producidos, el cual puede ser mucho más resistente que el anterior a la incorporación de cambios importantes, por lo menos en el terreno de lo social. En nuestro campo, lo que ocurre es que la tecnología se le impone al consumidor, sin que este tenga mucho que decir sino aceptar resignadamente lo que venga. Esto no sucede sin consecuencias, sólo que las mismas se van a expresar en términos indirectos, ocasionalmente medidos a través de la eficacia de los nuevos procedimientos. La imposición de tecnología médica puede generar, a mediano plazo, una transformación cultural en la población que refuerza al nuevo procedimiento, mediante la creación de una pauta de consumo expresada en el reclamo activo por su utilización; no de otra forma se explica el abuso que ocurre con exámenes como la ecografía en el embarazo y muchos otros.

UTILIZACION

REQUISITOS PARA INCORPORACION	.. Utilizadores	. Usuarios
Proceso de trabajo	.. Reorganización	. Aceptación o imposición
Fuerza de trabajo	.. Readiestramiento	. Redefinición de relación

El estudio requerido de estos dos componentes -incorporación y utilización- no puede hacerse de manera general, sino que debe estar discriminado según categorías que destaquen las dificultades señaladas más arriba. Habrá que diferenciar el subsector que la realiza, el tipo de tecnología y el uso al que está destinada. De todas maneras, todos estos análisis son insuficientes para una determinación correcta del significado de la incorporación y el uso de nueva tecnología, puesto que ello requerirá un procedimiento evaluativo -en el sentido tradicional del término- que permita identificar las características de esa incorporación como *proyecto*.

## 7. Programa de la investigación

El proyecto se dividirá en dos fases, abarcando cada una de ellas un lapso aproximado de un año calendario durante el cual se completará todo el proceso de la investigación hasta la presentación pública del informe correspondiente.

### 7.1 Primera fase.

Elaboración del marco teórico específico: construcción de la matriz del bloque del sector salud: 1 mes.

Búsqueda de los datos secundarios para el llenado de las matrices correspondientes al período del análisis: 3 meses.

Identificación de las empresas y grupos sociales que intervienen en cada una de las actividades del bloque: 2 meses.

Procesamiento y análisis de los datos: 3 meses.

Redacción del informe, presentación y discusión de los resultados: 3 meses.

Para esta fase se requiere la participación de tres investigadores, dos a tiempo completo y uno a medio tiempo, un auxiliar de investigación y el asesoramiento de un economista especializado en el enfoque de bloques. Los miembros del equipo de investigación serían: Mario Testa (médico), Hugo Mercer (sociólogo) y Fernando Porta (economista); el auxiliar Wanda Hamilton (sociólogo) y la asesoría estaría a cargo de Edgardo Lifschitz (economista).

El grupo tiene acceso a equipo de procesamiento de datos e impresión, requiriendo fondos para adquisición de materiales (cintas, papel, diskettes, manuales de programas).

Debería disponerse de recursos para viajes a Rosario (sede del CESS) donde se mantendrían algunas de las reuniones de discusión, en especial la presentación final en un seminario que se realizaría durante una semana en la Asociación Médica de Rosario.

El financiamiento estimado para esta primera fase es de US\$ 36.100,00 discriminados de la siguiente manera: US\$ 33.600,00 en gastos de personal (mensual US\$ 2.800,00 = 1.000,00+800,00+500,00+300,00+200,00) y US\$ 2.500,00 en materiales de trabajo y viajes durante el año.

Los gastos locales consistirían en el aporte de infraestructura física y organizativa del CESS y la Fundación Banco Patricios, un microprocesador EPSON QX10 e impresora FX100 con programas para análisis de datos y procesamiento de palabras, un auxiliar de estadística y el equipo de investigación del CESS: Carlos Bloch, María del Carmen Troncoso, Zulema T. de Quinteros y Susana Belmartino.

### 7.2 Segunda fase.

Definición del marco teórico específico: 1 mes.

Selección de los establecimientos para el estudio de casos e identificación de las hileras en cada establecimiento: 1 mes.

Generación de datos primarios en terreno y búsqueda de datos secundarios: 5 meses.

Procesamiento y análisis de datos: 3 meses.

Redacción del informe final del proyecto y presentación de los resultados: 2 meses.

En esta fase, además del equipo de la primera, se necesitará otro auxiliar de investigación para el trabajo de terreno, lo cual incrementa el financiamiento requerido en US\$ 3.600,00

- 3 Reunión con Hugo, Fernando y Edgardo - Discusión del enfoque: ¿por qué las modificaciones?  
Economía: ilustrar acerca de producción, importación, comercialización
- 2 Rellenar el formulario CONICET
- 4 Hablar con Francisco Suarez
- 1 Hablar con Jorge Katz ¿conoce a Klach y Orsatti? Están evaluando el proyecto de mercado de Trabajo ¿que onda? No mirarlo como economista puro  
→ miembro de la Comisión de Cs Ss del CONICET
- 5 Escribir a Jose Rocha Carnevalheiro

Raul Ruiz Padrón (CUBA - Director IDS) 444-2830

Mandar a CBSS documento base del proyecto Trabajadores -- (Ricardo)