



FLACSO

Facultad
Latinoamericana
de Ciencias Sociales

PROGRAMA SANTIAGO: Leopoldo Urrutia 1950
Tels. 2259938
2256955
2257357

Santiago/Chile
Casilla 3213/Central
Cables: Flacso

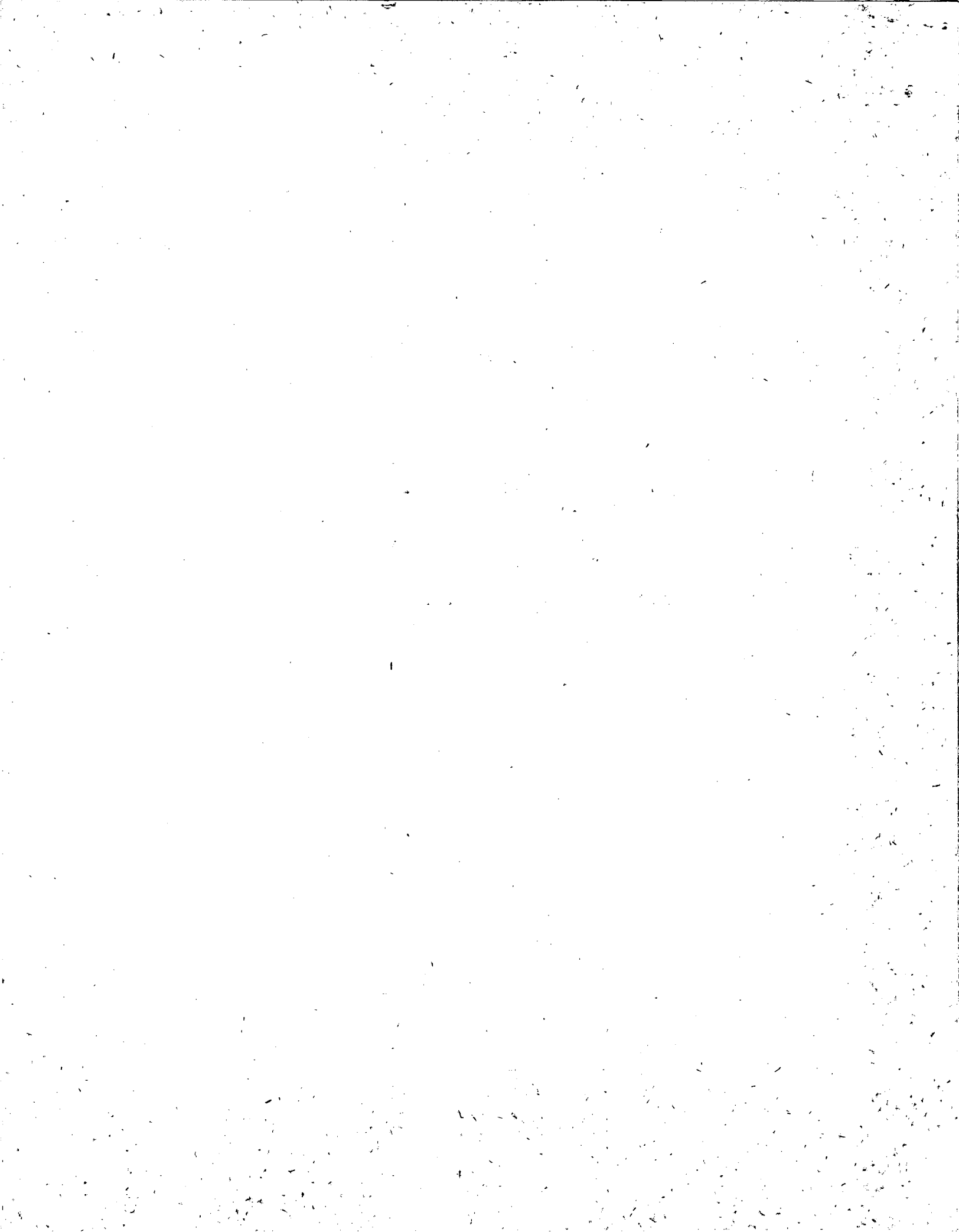
ESTADO, CLASE SOCIAL Y SERVICIOS DE SALUD

Eduardo Morales M.



I N D I C E

| | <u>Páginas</u> |
|---|----------------|
| I. ORIGENES HISTORICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD..... | 1 |
| II. LOS SERVICIOS DE SALUD ESTATALES EN AMERICA LATINA. | 10 |
| III. REGIMENES PROGRESIVOS Y REGRESIVOS EN SALUD: CHILE Y ARGENTINA..... | 23 |
| IV. AFRICA Y AMERICA LATINA: ALGUNAS EXPERIENCIAS COMUNES..... | 28 |
| V. ALGUNOS PROBLEMAS ACTUALES Y AREAS FUTURAS DE INVESTIGACION..... | 30 |
| VI. BIBLIOGRAFIA..... | 35 |



I. ORIGENES HISTORICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Existe un marcado consenso entre diversos autores (García 1981; Breilh 1976; Morales 1983) cuando se analiza los orígenes y la posterior evolución que han mostrado los servicios de salud en el marco del sistema capitalista.

Los servicios de salud constituyen instituciones relativamente antiguas en Occidente, en constante transformación, condicionada por la evolución tanto de las relaciones entre el hombre con la naturaleza como de los hombres entre sí. El hombre se relaciona con la naturaleza, de modo esencial, por la apropiación - mediante el saber y la producción - de los elementos de ésta. El desarrollo de esta apropiación, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, está vinculado al desarrollo de las fuerzas productivas que, para el caso de los Servicios de Salud, se concretiza en el progreso de las técnicas de prevención y curativas.

Dado que el acto de la producción es esencialmente social, integrado en la división social del trabajo, permite el establecimiento de relaciones entre los participantes en el proceso productivo y entre éstos y aquellos que lo usufructan. Las relaciones sociales, como las relaciones de producción constituyen el núcleo a partir del cual las demás relaciones se van constituyendo y transformando. Los Servicios de Salud no integran directamente el proceso de producción pero cumplen funciones cruciales de legitimidad y control social. En estas condiciones, cambios en las relaciones de producción tienden a provocar reformulaciones en los aparatos de salud.

En la sociedad medioeval, el cuidado de los desvalidos en general (huérfanos, viudas, enfermos, locos, desocupados) estaba a cargo de la Iglesia. El cuidado de los enfermos no estaba ins-

titucionalmente separado de la asistencia pública.

La asistencia pública se constituye en el primer intento de la autoridad política para subsanar no tanto la inseguridad de los individuos y los grupos menos integrados al medio social sino para enfrentar la inseguridad latente que ellos representaban para la sociedad constituida. Este rasgo fue característico de la mayoría de los Estados Europeos en formación: Inglaterra y su ley de represión del vagabundaje, Dinamarca en los tiempos de la Reforma y en Francia, a partir de la creación de la Oficina de los Pobres, en 1544, que tenía por misión desarrollar acciones de integración hacia los grupos "flotantes y peligrosos" afligidos de un status inferior y discriminatorio.

Con la Reforma, la Iglesia vió debilitarse su monopolio de la asistencia y, en los propios países católicos, el Estado pasó a encargarse de ella, de un modo progresivo. A partir del Siglo XVI, el desarrollo del comercio - tanto en cantidad como en extensión - y el consecuente crecimiento de las ciudades donde empieza a concentrarse una masa cada vez mayor de comerciantes, artesanos, siervos, campesinos expulsados de sus tierras, etc. Comienzan a representar una demanda totalmente nueva para la asistencia pública. En el mundo ordenado de la Edad Media el número de "marginalizados", es decir, los que por alguna razón se encontraban al margen de la vida social organizada era limitado y podía ser atendido a través de la obra de la Iglesia. Pero, cuando irrumpen el capitalismo comercial y, luego después, el capitalismo manufacturero, desorganizó aquel mundo provocando choques directos entre señores y campesinos - expresión de la descomposición del orden feudal - y la cantidad de marginalizados se incrementó notablemente, lo que obligó al Estado a asumir, paulatinamente, su cuidado y control.

Expresivo de la situación anterior es la sistematización jurídica que cristaliza en Inglaterra en 1601, con su famosa "Poor Law"

(Ley de Pobres). El rasgo central de ésta y otras iniciativas análogas es el de la defensa social atribuída a la asistencia pública. Este objetivo originario es el que explica la confusión inicial entre la protección y la represión, la segregación y la prisión, así como el carácter indiferenciado de la asistencia.

Dicho de modo más preciso, beneficios y tipos de beneficiarios se confunden en una situación global y compleja donde la ausencia de medios reconocidos de subsistencia y la falta de integración a una colectividad territorial son interpretadas más como una amenaza potencial para la sociedad, que un atentado a los derechos individuales de la persona.

Ello explica porqué, a través del tiempo, la expansión de la Ley de Pobres se mantuvo - tanto en su sistema de ayuda financiera, médica o de prevención - dentro de un esquema de estratificación social que distinguía, globalmente, la categoría residual de indigentes.

De este modo, el tipo original de institución de asistencia pública conocida en las sociedades europeas pre-industriales, se caracteriza por el intento de definir un método de protección de la colectividad política contra las categorías excluidas de la sociedad global. Aunque la estratificación social es altamente diversificada, la conciencia de una sociedad global aparecía, de manera simbólica o concreta, cristalizada en el poder monárquico. En esas sociedades relativamente cerradas, estables y jerarquizadas los grupos privados - con notables márgenes de autonomía - se insertaban en una organización rigurosamente ordenada cuya legitimidad natural, social y espiritual, se imponía como una realidad única e indivisible.

En tales condiciones, la emergencia de la asistencia pública

estuvo ligada a la aparición y consolidación del poder político, representativo de la sociedad global. Tal relación da cuenta del hecho que siendo limitadas las capacidades del poder público, la existencia de grupos privados (religiosos, confraternidades, etc.) permitía una división de tareas en una perspectiva común: mientras los grupos privados asumían las tareas de beneficencia y de ayuda, el poder público se afirmaba progresivamente en la mantención del orden y la consagración de los valores comunes de la sociedad global.

Así, la asistencia pública asumió, en sus orígenes, un carácter más político que social, en la medida en que se encontraba más asociada a la defensa y consolidación de colectividades políticas en vías de formación.

A partir de la Revolución Francesa (1789) se produce un cambio conceptual mediante el cual la asistencia pública se transforma en asistencia social. Ello significó, por una parte, la "laicización" de la función de beneficencia ejercidas por las autoridades eclesiásticas, asumiendo las necesidades y los derechos del individuo y reconociendo especialmente, su derecho a la asistencia. El fundamento religioso es reemplazado por uno de carácter social, en el sentido que asegurar la subsistencia del Pobre es considerada como la expresión de la solidaridad nacional.

Por otra parte, el derecho a la asistencia se afirmó como un sustituto del derecho al trabajo que la sociedad tenía el deber de asegurar, en forma efectiva. De esta manera, la ligazón entre el derecho al trabajo y el derecho a la asistencia justificaba la necesidad de una organización social al servicio de los individuos, según una concepción renovada de las relaciones ideales a establecer entre la sociedad y sus miembros.

La protección social pasa así a ser, necesariamente, una función del Estado en tanto responsable del bien común. Por una

parte, la desarticulación del antiguo régimen en cuanto sociedad política colocó cara a cara al individuo y al Estado implicando que las responsabilidades de las colectividades particulares debían ser ejercidas por éste último, como función social. Por otra la filosofía racionalista y universalista justifica la doctrina del igual valor de los individuos en derecho, de donde sigue la obligación de otorgar a todos la igualdad de oportunidades y de seguridad ofrecidos por la sociedad. Así, la concepción igualitaria toma a su cargo a los miembros desheredados de ésta, en virtud de su sola pertenencia al cuerpo social.

La Revolución Industrial, a fines del siglo XVIII, que vió la creación de unidades fabriles es posible cuando el proceso de "acumulación primitiva" estimuló la emergencia en el mercado de trabajo de una oferta suficiente de fuerza de trabajo "libre" para operar las nuevas máquinas a cambio de un salario adecuado.

Existen razones para vincular el desarrollo del conocimiento médico que se observa a partir de la segunda mitad del siglo pasado, con las transformaciones socio-económicas ocurridas entonces. Los descubrimientos de Pasteur, Koch, Roentgen, Ross, Reed, etc. se asocian con el proceso de institucionalización de los servicios de salud, en aquellos países en que parte importante de la población había sido urbanizada y proletarizada.

Las condiciones en que ocurrieron la urbanización y la proletarización fueron extremadamente contrarias a la salud. En Gran Bretaña primero, y luego en Francia, Bélgica y Alemania, el desarrollo de la industrial fabril arruinó a los artesanos, empujándolos a migrar en masa a los nuevos centros industriales en los cuales las condiciones de vida eran espantosas (jornadas de trabajo de 13 a 16 horas inclusive para mujeres y niños; habitaciones hacinadas e insalubres; salarios bajos, nutrición insuficiente, carencia de servicios sanitarios básicos) lo que se traducía en altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Pero, además, los problemas de salud también afectaban a las clases dominantes. En primer lugar porque ellas no estaban inmunes a las epidemias. Enseguida porque las malas condiciones de vida y de salud reducían significativamente la productividad del trabajo. Además, la situación desmedrada en que se encontraba la clase obrera era terreno fértil para el desarrollo de movimientos de protesta que, eventualmente, podían poner en peligro el orden establecido. Desde esta perspectiva, la solución a esta situación era un requisito para la propia clase dominante, en la medida en que era preciso generar condiciones mínimas para que la reproducción de la fuerza de trabajo pudiese darse de manera sistemática.

Esta necesidad de asegurar la reproducción de la capacidad de trabajo de los asalariados es una de las determinaciones que explica la intervención del Estado. En efecto, el empresario que pagase más a sus obreros, al aumentar sus costos de producción arriesgaba su presencia en el mercado. Ello presionó para que el Estado, mediante la legislación, limitara los niveles de explotación en el trabajo, especialmente de los miembros más débiles de la clase obrera - las mujeres y los niños - asegurando de ese modo la continuidad de la fuerza de trabajo.

La necesidad de atenuar las consecuencias del proceso de industrialización para la clase obrera imprimió un sello original al nuevo sistema de seguros sociales, que reemplaza al de asistencia. En efecto, los seguros sociales constituyeron - en sus inicios - el derecho social específico de los trabajadores industriales, del proletariado. Por una parte, institucionalizaron algunos rasgos propios de las mutualidades obreras y de los sistemas de inspiración corporativa y por otra, fueron determinados por la finalidad de origen, esto es, como instrumentos orientados a proteger a los trabajadores asalariados de la industria. De este modo, la constitución de una nueva estructura de clases en

las sociedades en vías de industrialización es el factor que explica la emergencia de un sistema claramente orientado a reforzar una noción de solidaridad más restrictiva que la contenida en el sistema de la asistencia.

La concepción de una sociedad iguales, donde los débiles accedían al derecho a la asistencia de la colectividad, es erradicada por las modificaciones operadas en las técnicas de producción y las condiciones de trabajo, por la consolidación de una estructura de clases más o menos rígida y por la segregación social de la clase obrera en formación lo que implicó sociedades divididas en clases con intereses contradictorios donde la promoción de la burguesía implicó un debilitamiento de la noción igualitaria que suponía el concepto de asistencia social.

Pero esta tendencia de carácter restrictivo se verá compensada por las demandas de la clase obrera la que, en crecientes niveles de organización, pasó a asumir contenidos de carácter político y en ese sentido presionaba al Estado para que, de algún modo, proporcionase los medios para que todos los ciudadanos pudiesen acceder a los beneficios de los seguros sociales. A esta demanda no estuvo ajeno, en el caso de la salud, el desarrollo tecnológico que permitió mejorar - en pocos años - la capacidad de atención de los hospitales traducida en la disminución de las tasas de morbilidad y, especialmente, de mortalidad.

La dimensión política aparece siempre presente en la definición e implementación, por parte del Estado, de sistema de seguros sociales, sea para asegurar la lealtad de la clase obrera al orden constituido, sea para presentar al Estado capitalista como proveedor de servicios y asistencia a los desheredados de la fortuna desvalorizando la acción política que el proletariado es (y ha sido) capaz de emprender a través de partidos y sindicatos, tras el logro de tales servicios.

Además de la motivación política, es preciso considerar las dimensiones económicas del problema. Las innovaciones tecnológicas en el campo de la medicina que cristalizan a mediados del siglo pasado, significaron el apareamiento de nuevos "productos", es decir bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades de consumo. La presión por acceder a las nuevas ofertas de los servicios de salud, reforzó la demanda sobre el Estado para la resolución del problema así como sobre las empresas para que elevaran los salarios reales.

Las opciones eran: o se aumentaba el salario real lo que implicaba el fortalecimiento de las asociaciones voluntarias de trabajadores y, por ende, de los sindicatos, o era el Estado mediante el recurso legal, el que proveía los servicios demandados mediante la instalación de un aparato oficial de servicios sociales controlado por el Gobierno. La segunda alternativa fue la que se impuso en la mayor parte de los países, no sólo por razones políticas sino porque el seguro social compulsivo permite una extensión de la cobertura que va más allá de los grupos de población económicamente activa.

La plena institucionalización de los Servicios de Salud en el sentido de atender al conjunto de la población, es un proceso que se completó en los países capitalistas desarrollados después de la Segunda Guerra Mundial y está en proceso de desarrollo en la mayor parte de los países subdesarrollados. Tal proceso de institucionalización significó la legitimidad de la necesidad de garantizar una protección social global a todos los miembros de la sociedad mediante un sistema de solidaridad de vocación igualitaria y de estructura unitaria. Durante el período de la Segunda Guerra Mundial, tales principios se afianzan en la medida en que los países occidentales debieron proponer una imagen de su porvenir que, a la vez que restaurara o mantuviera su cohesión nacional, justificara social y políticamente, el sentido de su acción. Es el mo-

mento en que la noción del Estado-bienestar (Welfare State) emerge como la meta que otorga sentido a su participación en el conflicto.

Desde una perspectiva más general, se puede afirmar que la seguridad social formó parte de la tendencia a la integración de las sociedades industriales avanzadas, atenuando la estructura de clases constituía en la fase inicial de la industrialización y proponiendo los medios técnicos de una organización racional de recursos y valores humanos. Esta tendencia integradora no es, a nuestro modo de ver, contradictoria con una visión que tiende a privilegiar más los aspectos de control social (Breilh, 1976) de la práctica de los Servicios de Salud, aunque éstos asumen contenidos cualitativamente diferente según se trate de la fase de formación de los Estados nacionales o de la fase de capitalismo monopolístico actual. Además, es importante hacer notar que el grado de control que puede exhibir un sistema de servicios como el de la salud no es inmutable sino que se encuentra asociado a las diferentes coyunturas por la que atraviesa un régimen socio-político. Dicho de otro modo, la demanda para que se desarrollen las dimensiones de control de un sistema se incrementan en la medida en que los problemas que debe resolver o suprimir se multiplican o se agravan. Cuando una economía pasa de una fase de depresión a una de prosperidad, se espera que la demanda por la mayoría de los bienes se incremente, a la vez que es muy probable que la disminución del desempleo y la mejoría del nivel de vida de la población reduzcan la presión por el ejercicio de las dimensiones de control de un sistema de servicios.

Un aspecto que merece destacarse es el hecho que, durante el proceso de constitución e institucionalización de los servicios de salud en los países capitalistas desarrollados, aquellos aparecen insertos en el conjunto más amplio de los servicios sociales lo que permitió, de algún modo, perfilar mejor sus dimen-

siones sociales y políticas las que suelen ocultarse en la actualidad debido, entre otros factores, a la marcada especialización que hoy exhiben.

II. LOS SERVICIOS DE SALUD ESTATALES EN AMERICA LATINA

Tal como lo señala el autor al que seguiremos en esta parte (García, 1982), en América Latina no se dió el proceso que hemos descrito para el caso europeo. En nuestro continente, el proceso de "acumulación primitiva" tuvo un desarrollo lento y complejo. En las fases iniciales del capitalismo, la división entre productor y medios de producción no fue completa y, por lo tanto la medicina no tuvo, como en el caso europeo a grandes poblaciones desplazadas como objeto de práctica. Los hospitales de indios y los asilos y hospitales de la beneficencia tuvieron un desarrollo precario y no fueron asiento de una transformación importante de la medicina.

Otro de los rasgos que muestra el proceso en América Latina es que la intervención del Estado pasa por diferentes períodos. Así la sanidad marítima, fundamental para la medicina estatal a principios de siglo, es seguida por la sanidad terrestre y, posteriormente, por la asistencia social.

Otro aspecto interesante lo constituye el hecho de que en Latinoamérica el Estado precapitalista nacido con la independencia no interviene en el campo de la salud, salvo de manera normativa, ejerciendo el Municipio la función ejecutiva. Esto configura un Estado débil e inestable que no estaba en condiciones de disputarle el poder a los órganos territoriales que se habían desarrollado durante la monarquía absolutista, como el Municipio.

A juicio del autor que comentamos, en el período que va desde

1880 a 1930, la creación de direcciones o departamentos nacionales sobre asuntos de salud representa un cambio sustancial respecto del papel jugado con anterioridad por el Estado nacional. La diferencia se establece en los siguientes aspectos: a) se crean unidades burocráticas en lugar de cuerpos colegiados; b) se les asigna a dichas unidades responsabilidades ejecutivas, en lugar de solamente consultiva o normativa; c) se les asigna atribuciones que anteriormente estaba bajo el ámbito del poder local y d) el objeto de la intervención, y la misma intervención, es transformada para articularse con la estructura económica, abandonando - por el momento - las vinculaciones con la instancia ideológica y política, característica del Estado precapitalista en el campo de la salud.

La caracterización del tipo de Estado en que se instituyen las mencionadas unidades burocráticas, corresponde al "oligárquico-liberal", integrado por sectores latifundistas, de burguesía compradora y representantes del capital monopólico. Este tipo de Estado tendrá una preocupación especial por la sanidad en desmedro de la beneficencia pública, en virtud de la necesidad de enfrentar de manera eficaz el peligro de las epidemias, que interrumpía el comercio internacional.

Lo que está detrás de la preocupación por los aspectos sanitarios es la necesidad de la constitución, por parte de los sectores de la "burguesía" - preferentemente formada por grupos comerciales y financieros - de un "Estado Nacional" capaz de responder a las condiciones del comercio internacional mediante un régimen centralizado eficaz. Una vez constituido este Estado-nación no desaparece, sin embargo, el poder de la oligarquía "conservadora" que enraíza su influencia en el sector agrario y mantiene una cierta representación autónoma a través de la organización municipal.

Pese a la diferenciación señalada, no se da una pugna definitiva entre ambos sectores, sino más bien, un tipo de entrelazamiento y alianza de un Estado interventor y centralizado con un poder local que reclama en su esfera de influencia un cierto grado de autonomía. El poder "burgués" convive con una dominación más tradicional, cuyo poder político electoral se basa en la organización municipal y se afianza en la estructura agraria.

A medida que se van creando las unidades de sanidad en los distintos países, tal proceso expresa las variaciones de la combinación de dos fenómenos: grado de desarrollo de la producción capitalista y nivel de control del Estado por los grupos dominantes que emergieron de ésta. De este modo, se postula que en aquellos casos en que se consolida un desarrollo capitalista con una burguesía que ejerce el control del Estado, se constituyen, rápidamente, las unidades estatales de sanidad.

Lo que, además, aparece claro es que en muchos países tal desarrollo capitalista se consolida de manera muy tardía o bien la forma de dominación que prevalece está constituida por la concurrencia de varios sectores sociales por lo que la dinámica de la intervención estatal en salud obedece a la incidencia de otras variables. Como sea, el elemento común en los distintos países, es el interés económico que implica la sanidad marítima y terrestre para la burguesía que se había desarrollado de la implantación del capitalismo en el sector primario exportador.

Argentina, Brasil y Uruguay es el primer grupo de países en que se crean unidades estatales de sanidad, y es en donde la consolidación del modo de producción capitalista es más evidente y temprano (a fines del siglo XIX).

En la primera década de este siglo, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú crean unidades estatales de sanidad. En casi todos ellos,

la matriz dominante es la existencia de dos grupos o fracciones de clases importantes: los terratenientes feudales y la burguesía capitalista. En todas ellas, son los grupos más dinámicos (la burguesía costeña en Perú, los grupos vinculados al estaño en Bolivia) los que una vez consolidados, logran impulsar las medidas de sanidad a partir de estructuras institucionalizadas.

En la segunda década del siglo XX, se intensifica la presencia de los EE.UU. en la vida económica, social y política de los países de América Latina. A nivel sanitario, empieza a desarrollar sus actividades la Fundación Rockefeller, orientadas a la sanidad terrestre en las zonas productivas agro-exportadoras. En este período, un número considerable de países creará organismos estatales de sanidad: Venezuela, México, Honduras, Chile y Colombia, entre otras.

En los casos de México y Chile se evidencia la permanencia de formas de dominación a través del poder local (municipal). En el caso chileno esta forma de dominación era de carácter "oligárquico-conservador", cuyos rasgos ya mencionamos, y que debe entrar en algún tipo de alianzas con los sectores burgueses que impulsaban la constitución del Estado Nacional. En contraposición a este tipo de dominación, existe otra cuya orientación y contenido es de carácter popular-campesino y que es característico de la situación mexicana. Allí lo que existía a nivel municipal era una forma de organización representativa la que a través de una serie de mecanismos lograba expresar sus particulares intereses dentro del sistema de dominación imperante. Estos municipios se componían, de preferencia, por sectores de campesinos medianos o pequeños que otorgaban su apoyo a los representantes oficiales a cambio de la obligación de éste de respetar ciertas demandas de los campesinos. Se lograba de esta forma una especie de pacto entre el poder dominante y la expresión popular de los pequeños y medianos campesinos. El poder tradicional admite entonces, que conviva junto a él otras formas tradicionales de organización popular - el nivel local - expresivos éstos de los pequeños y medianos campesinos.

Todo lo anterior explica porque en México, la centralización de los servicios de sanidad se realizan en forma gradual, con una serie de compromisos con los estados y municipios que han dado lugar al actual sistema en el que se perciben numerosas superposiciones entre diferentes instituciones estatales.

Un segundo grupo de países está constituido por Panamá y Centroamérica, cuyas características los diferencian del resto de los países latinoamericanos: a) fueron los últimos en crear unidades administrativas estatales de sanidad; b) la sanidad marítima no constituye el centro sobre el cual se organiza la medicina estatal; c) la influencia de organismos norteamericanos aparece como fundamental en el surgimiento y desarrollo de la medicina estatal.

El retraso relativo en crear servicios de sanidad se asocia con el débil desarrollo de la producción capitalista y, por consiguiente, de una burguesía que transformara el Estado. Los enclaves exportadores eran de propiedad extranjera, donde el Estado nacional no intervenía y donde las mismas compañías habían desarrollado sus propios órganos de sanidad y asistencia. En el caso de Panamá, este territorio estaba bajo el control directo de los EE.UU., incluidas las ciudades-puertos que legalmente eran de responsabilidad de la República de Panamá.

En este grupo de países es de especial importancia la participación de la Fundación Rockefeller, de la Oficina Sanitaria Panamericana y de organismos estatales norteamericanos en el desarrollo de sus departamentos de sanidad.

Sin embargo, un análisis más cuidadoso revela que la sanidad estatal, a pesar de presiones e influencias, surge sólo cuando la burguesía interesada en los aspectos de sanidad controla el aparato estatal.

Las actividades de la Fundación Rockefeller, que se organiza en 1901, se orientan en los países centroamericanos a luchar contra la anquilostomiasis, la que afectaba especialmente la producción cafetalera a la que se encontraban ligados variados intereses económicos norteamericanos. Paralelamente, los grupos cafetaleros no mostraban un interés especial en la limpieza de los puertos que estaban en territorios de enclaves bananeros e hicieron muy poco para que se cumplieran las disposiciones sanitarias internacionales que EE.UU. había logrado que los países centroamericanos suscribieran. El caso extremo lo constituye el caso de Panamá, pues la sanidad, instrumento fundamental para la construcción del Canal, queda bajo la jurisdicción de EE.UU. no sólo para la Zona del Canal, sino también para las ciudades-puertos adyacentes.

En el caso de los países ocupados por EE.UU. (Cuba, Haití y República Dominicana) la creación de la sanidad estatal forma parte de una transformación del Estado, que garantizarán los objetivos económicos estratégicos de USA. Así, el saneamiento y la lucha por erradicar las enfermedades transmisibles se entrelazan con las actividades económicas para facilitar la circulación de las mercancías, la productividad en los enclaves y, con las acciones militares, para permitir el control de zonas estratégicas.

A partir de las primeras décadas de este siglo se comienza a hacer perceptible la presión que los grupos obreros ejercen por la solución de sus demandas de salud, vivienda y condiciones de salubridad en general.

Los sectores dominantes, al igual que en el caso europeo, también desarrollaban formas de asistencia que se orientaban al encauzamiento social que existían, principalmente, en los alrededores de las ciudades.

Sin embargo lo que es característico del movimiento popular

organizado en América Latina es que de un modo u otro, las demandas en materia de servicios sociales aparecen constituídas para el conjunto de éste y no, exclusivamente, para la clase proletaria. La temprana politización de las demandas del sector popular es un elemento que obliga a fijar la atención, más en el proceso político, que en la pura lógica de los procesos estructurales que caracteriza el desarrollo de la región.

Desde el punto de vista metodológico ello implica aceptar que el Estado puede dar diferentes respuestas y que tal variedad está determinada por las exigencias que la dinámica económica e ideológica-política plantea al Estado capitalista en cada coyuntura. El fijar la atención en el proceso político coyuntural permite el análisis de "actores" sociales significativos, sus formas de constitución y las opciones que tales "actores" representan. En este sentido algunos trabajos (Castellanos, 1982; Morales 1983) constituyen un esfuerzo en esa dirección.

A partir de comienzos de siglo, se puede intentar una periodización del proceso político, desde la perspectiva de los sectores populares, que ayude a proveer un marco para la comprensión de las políticas sociales en general y de salud, en particular. Para ello, recurriremos a una periodización (Baño et als, 1983) que distingue cuatro fases: a) período caracterizado por el conflicto oligarquía-pueblo; b) período caracterizado por alianza de clases; c) período caracterizado por la influencia de la Revolución Cubana y 4) período caracterizado por el autoritarismo.

a) El conflicto oligarquía-pueblo

A comienzos de siglo y hasta la crisis del 30 es donde podemos ubicar el período caracterizado por el enfrentamiento entre oligarquía y pueblo.

Este tipo de conflicto asumía contenidos dispares. Por una parte, está la demanda que constituyen los sectores obreros y que puede caracterizarse como "clásica", esto es, en la lógica del enfrentamiento clase contra clase. Por otro lado están los sectores populares urbanos que tienden a otorgarle al conflicto un carácter más "totalizante", en el sentido de que el enfrentamiento a la dominación oligárquica es definido en términos claramente bipolares: la inminencia de la "revolución" es lo que refuerza la visión excluyente, que predomina.

Durante este período, el debate central gira en torno a las condiciones de vida de los sectores obreros y populares. Para la oligarquía, el tema de la "cuestión-social" es claramente subversivo y, por lo tanto, no era posible pensarlo como problema políticamente relevante. Es el momento de la primacía del asistencia-lismo, desarrollado por organizaciones privadas y estimulado por la ideología liberal en boga.

Por otra parte, el Estado no era lo suficientemente diferenciado, para asumir acciones en el campo social. A ello es preciso sumar la influencia anarquista ejercida sobre el movimiento obrero y popular que propugnaba formas de autopromoción más que acción estatal coordinada. Sin embargo las luchas populares, las crisis de sectores exportadores como el salitre, en el caso chileno, y la presión de aquellos sectores más ligados a los incipientes procesos industriales, logran que el Estado asuma aquellos problemas más urgentes y se legisle en torno a ellos. De hecho, en 1924 se aprueba, en Chile, la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social.

La característica de este período es que la demanda popular traspasaba las fronteras de clase y abarcaba al conjunto de los sectores populares urbanos en sus requerimientos por mejorar sus condiciones de vida, en términos genéricos, y ello era parte del

enfrentamiento al poder oligárquico.

b) El período de alianza de clases

A partir de la crisis del 30 comienza una etapa en la que se precisa una definición y ubicación más acotada de la "cuestión social". El desempleo masivo, la presencia de la vida urbana como elemento importante en la sociedad, mostraban que las iniciativas de autopromoción, el asistencialismo y una respuesta "reactiva" del Estado a la constitución de políticas sociales eran insuficientes para resolver los problemas de las condiciones de vida de los sectores populares.

En este período, la clase obrera afirma su condición de tal y aunque mantiene la alternativa del socialismo, la traslada al largo plazo y opta por una política inmediata de alianzas que le permite ocupar un "espacio" en la Sociedad. Desde el punto de vista estructural, es el comienzo del pleno desarrollo del proceso de industrialización, con un Estado productor que genera y acota las condiciones de reproducción de importantes sectores sociales.

Es en este momento en que la "cuestión social" asume una preocupación estatal definida. Su contenido esencial consiste en que es aceptado que el mercado no es un mecanismo que asegure la reproducción adecuada de la fuerza de trabajo, por lo que se hace preciso que sea el Estado quien provea las condiciones para que tal mecanismo de reproducción sea lo más eficiente posible.

Pero el universo que cubrían los servicios sociales no se orientaba, exclusivamente, al mundo obrero y ello por varias razones. En primer lugar, la demanda obrera en la medida en que se hacía más política ya no era expresada solamente por los sindicatos sino que los Partidos, como portavoces de sus reivindicaciones, asumían un papel cada vez más central toda vez que era por su intermedio que participaban en el "escenario" político nacional. En

esa medida, la clase obrera aparece como la fracción más organizada y consciente de lo que es lo popular.

En segundo lugar, ya la significación de las clases medias profesionales es muy relevante y organizada, a menudo, a través de Partidos y serán aquellas las que presionarán por servicios sociales de carácter estatal y nacional, que recogen algunas de las demandas que los sectores populares venían planteando.

A esta altura, la diferenciación funcional del Estado, vía la creación del Ministerios de Salud, Trabajo, Previsión Social, etc., y la implementación de una "política de masas" redefinían la función estatal.

Este nuevo Estado representaba ahora una alianza de clases más inclusiva de sectores subalternos y, en el plano burocrático asumía algunas de las funciones asistenciales - que antes se mantenían al nivel de la sociedad civil - y expandía significativamente el gasto público en la esfera de lo social. Aparte de transferirse los servicios sociales del ámbito privado al público dentro de éste último, se pasa de la descentralización a la centralización.

Pero resulta preciso anotar que el proceso esbozado no fue ni lineal ni exento de, a menudo, duras condiciones de lucha para el movimiento popular. Mientras éste mantuvo las condiciones de alianza política, debió enfrentar aquellas tendencias que empujaban a formas de distribución de los beneficios, favorable a los sectores medios. Cuando quedó excluida de las alianzas debió soportar formas de represión social y política a veces bastante duras.

c) El período de la influencia de la revolución cubana

Frente a la existencia de la revolución cubana, en la década de los sesenta se da una suerte de "inversión ideológica". Las Agencias internacionales de desarrollo (BID y Banco Mundial) ordenaron, de algún modo, las cuestiones sociales legítimas, vale decir aquellas que debían enfrentar los gobiernos con apoyo financiero externo y las insertaron en grandes proyectos de acción pública. El gran cambio que implicó la presión de tales Agencias consistió en desplazar el eje de la cuestión social centrado en las relaciones de trabajo (empleo, previsión, salud, etc.), hacia el eje cuyo centro de atención son las necesidades sociales del consumidor en general: agua, alcantarillado, etc.

Resulta interesante rescatar que, como reacción al intervencionismo estatal en el campo de lo social, se levantaron las nociones de individualismo empresarial y de comunidad. La idea de desarrollo de la comunidad contaba con el apoyo de las Agencias Oficiales del Gobierno Norteamericano y las Agencias Internacionales. Se trataba de estimular, en la base de la sociedad y de manera acotada, las competencias, las iniciativas individuales y la pequeña escala que permitiría, simultáneamente, la consecución de la promoción humana y el desarrollo económico y social.

Estas nociones juntaron a la derecha clásica y aquellos sectores portadores de una visión modernizadora, pero tecnocrática. Además se incorporaron elementos de la doctrina "social cristiana" la que, por motivos diferentes, procuraba la organización de pequeños productores independientes como ideal para resolver las dificultades materiales y asegurar la autonomía del individuo.

Como sea, la aplicación de los planes expansivos del Estado en materia social significó la emergencia de nuevos grupos al "escenario" socio-político; el sector campesino y el sector urbano-marginal. Aunque, la Reforma Agraria no avanzó de manera homogénea

en todos los países, en aquellos como Chile donde se intentó avanzar más, significó la organización y movilización de importantes sectores de campesinos. Del mismo modo, la ayuda recibida para las políticas de "desarrollo comunitario" implicaron la posibilidad de ejecutar planes de infraestructura (vivienda, luz, agua, etc.) que sirvieron de eje organizador de los sectores urbanos-marginales.

La imposibilidad de mantener, por un tiempo prolongado, políticas de incorporación social y redistribución con tasas de acumulación aceptables para las burguesías industriales hizo entrar en crisis los intentos reformistas. Salvo algunos casos - Chile es quizás el más interesante -, el reformismo cedió su lugar al autoritarismo.

d) El período autoritario

La irrupción autoritaria significó una reversión de lo que había sido la evolución histórica de los servicios sociales. La instauración del mercado como el determinante en el uso y asignación de los recursos y la vigencia del principio de subsidiariedad, deprimen sistemáticamente el papel del Estado, el que solo es visualizado ejerciendo un papel asistencial respecto de los sectores de "extrema pobreza".

Si en el pasado, a menudo los servicios sociales representaron formas redistributivas que atenuaban los efectos de la concentración económica, en la actualidad tal efecto ni siquiera se alcanza en la medida en que la exclusión de los sectores populares, desde el punto de vista social, económico y político es total.

En virtud de los rasgos prevalecientes del modelo económico vigente, la preocupación por la fuerza de trabajo tampoco es una cuestión relevante. Por el contrario, a la exclusión y desarticulación de las organizaciones obreras y sus formas de expresión política se une ladesmedrada situación de subordinación y deterioro en que encuentran los sectores industriales, los que dependen de la hegemonía de los grupos financieros. Ello hace que la prevalencia

de altas tasas de desempleo crónico se constituyan en los mecanismos de "reproducción y mantenimiento" de la fuerza de trabajo, y de su eventual disciplinamiento.

La política represiva ejercida contra los sectores populares hace difícil el proceso de articulación de sus demandas las que tienden a fragmentarse y a producirse el efecto de la atomización social y política, que el régimen persigue consolidar de manera consciente.

En este marco, brevemente descrito, los servicios sociales pasan a cumplir un papel apenas atenuador de la profunda crisis en que los autoritarismos han sumido a nuestros países. Paradojalmente, la aplicación de la ideología "subsidiaria" y de "igualdad de oportunidades" que sustentaron la implementación de los servicios sociales, suponían lograr dos efectos básicos: a) alcanzar una progresiva estabilidad socio-política y b) lograr una presión cada vez menor sobre el Estado. Los efectos reales alcanzados son diametralmente los opuestos: una creciente movilización social contra el régimen autoritario y una demanda sobre el Estado notablemente incrementada por el debilitamiento de la función estatal de los últimos años.

Los servicios sociales del autoritarismo forman parte de un orden económico y un estilo de desarrollo al servicio de minorías privilegiadas. Ello supone que su función es atenuadora de los rasgos regresivos de la estructura social, y desde ese ángulo cumplen una función política en la medida en que son instrumentadas para enfrentar el peligro que los "excluidos" representan para el orden establecido. En términos de contenido, su función se asemeja a la que desempeñaba la asistencia pública en la Europa pre-industrial.

Por otra parte, la implementación de los servicios apunta a la solución de problemas sociales, sin alterar la estructura socio-económica que las genera. Ello explica el escaso grado de inter-relación que muestran.

Por último, las inversiones más espectaculares se orientan a dotar de infraestructura a determinados conglomerados humanos, lo que suele representar importantes ganancias al sector privado. De esta manera se combinan la satisfacción de "demandas sociales" y la lógica del sistema capitalista, encarnado en la ganancia de las empresas.

III. REGIMENES PROGRESIVOS Y REGRESIVOS EN SALUD: CHILE Y ARGENTINA

A partir de la revisión de algunos trabajos, (Block, Quinteros y Beltramino; 1981; Fassler, 1982 y Morales, 1981) intentaremos hacer una comparación esquemática de aquellos aspectos de la política de salud características de regímenes democráticos y de regímenes autoritarios.

Ya hemos bosquejado, en grandes trazos, la evolución socio-política desde el período democrático al autoritario y hemos enfatizado la función central que asumió el Estado en el diseño e implementación de los Servicios Sociales.

Uno de los elementos constitutivos del período pre-autoritario es el papel central que asume la Planificación como herramienta expresiva de las tendencias centralizadoras e institucionalizadoras de las políticas de salud. En general, este fenómeno es más nítido en el caso chileno que en el argentino pues en este último país existía lo que se ha denominado un "empate hegemónico" entre diversas fuerzas sociales, cada una de ellas capaz de impedir los proyectos de los otros, pero sin capacidad para imponer, de modo estable, los propios.

La experiencia chilena muestra como la planificación es asumida, en la década del 60, como un instrumento al servicio de proyectos políticos determinados y cuya función central es buscar formas de consenso que permitan articular los diferentes intereses en

las tareas transformadoras que se definían como prioritarias. La idea matriz que determinaba esta perspectiva era la simultaneidad que el proceso de desarrollo social debía tener respecto al plan de desarrollo económico, lo que otorgaba sentido a la instauración de una democracia "moderna".

La otra tarea que se visualizaba mediante el proceso planificador era la de integración social, mediante el desarrollo de planes y programas que permitiera la organización - y participación de sectores hasta entonces excluidos (campesinos y urbano-marginales). Uno de los rasgos que intentó perfilarse como constitutivo del proceso de planificación fue la definición de fórmulas de participación directa, sin mediaciones políticas, de los distintos grupos y sectores sociales. Este intento de "corporativización" de la planificación, rasgo más característico de la política argentina, entró en contradicción con lo que había sido la experiencia chilena de las últimas décadas. El intento fracasó entre otras razones porque eran los partidos las únicas instancias capaces de otorgar alcance nacional a las demandas corporativas de los diferentes grupos.

Durante el breve período de la Unidad Popular el propósito, en materia de planificación, perseguía el desarrollo de dos procesos simultáneos y complejos: por una parte, maximizar la función estatal a objeto de superar a través de las transformaciones estructurales, las desigualdades económicas y sociales y mejorar los niveles de vida colectivo; por otra, redefinir el sentido de la función pública por medio del estímulo a la organización y participación social ampliada. De hecho, lo que se pretendía era revertir el "paternalismo" estatal que se afincaba fuertemente, en una cierta tradición "reivindicacionista" y reemplazarla por una práctica más participativa y responsable, en especial de los sectores populares.

En suma, en el período pre-autoritario la noción de Planifica-

ción tiene una alta valoración tanto ideológica como instrumental, en la medida en que se asume que, en las condiciones objetivas e históricas del subdesarrollo, es falso que el desarrollo económico por sí solo pueda dar como fruto el cambio social ni que se constituya en su condición previa.

La experiencia autoritaria, en cambio, muestra características de signos diametralmente opuestos a las del período previo. Una de estas características es su carácter "defensivo" lo que lo encamina a cancelar toda posibilidad de expresión de intereses divergentes mediante el inmovilismo social y político basado en la imposición de la fuerza, lo que le impide constituirse en un cauce progresivo que oriente al conjunto de la sociedad.

Un segundo rasgo es un anti-estatismo rotundo lo que permite privilegiar al mercado como instancia asignadora de recursos. La reducción de la función estatal se ampara en el "principio de subsidiariedad", que asigna sólo al Estado el ejercicio de funciones que las "sociedades intermedias" o las particulares no estén en condiciones de asumir.

Sin embargo, es interesante anotar que los contenidos de este anti-estatismo apuntan a la redefinición de la función clásica que el Estado, como articulador de compromisos, había cumplido históricamente. Pero para que tal redefinición cristalice ha sido necesario que el Estado mismo aumente su presencia en la sociedad civil, mediante su poder de coerción y represión, permitiendo de ese modo, la implementación de las nuevas políticas y la destrucción de las antiguas.

Pero tanto por razones estructurales como de tipo organizacional, el cumplimiento de las metas privatizantes del régimen no han podido cristalizarse de manera plena. En efecto, las consecuencias del proceso de concentración del ingreso se tradujo, primero, en una

disminución de la velocidad de expansión del modelo económico y después en una crisis generalizada lo que ha obligado a retardar las modificaciones en el campo de los servicios sociales.

Por otra parte, la existencia de una tecnoburocracia numerosa y poderosa se constituye en un evidente obstáculo para la generación de condiciones que aseguren la constitución de instancias privadas que las reemplacen. Esto es especialmente válido en sectores como salud, en donde su existencia está fuertemente asociada a una institucionalidad de tipo nacional, que se desarrolló al amparo de una ideología de carácter colectivo que no parece factible revertir. Esta inexistente "neutralidad" de la "tecnoburocracia" no le permite asociarse, fácilmente, a un proyecto social y económico diametralmente opuesto a aquel que le proveía las condiciones para su supervivencia y desarrollo, lo que se expresa en los diferentes tipos de conflictos intra-burocráticos que han ocurrido en los últimos años. Dadas las orientaciones de alcance nacional que tiene la tecnoburocracia como producto del proceso "socializador" de varias décadas, sus contradicciones con los sectores privatizantes son bastante agudas. Esto hace posible la detección de un doble "discurso", en las distintas coyunturas por las que han atravesado los regímenes autoritarios: uno dominante, radicado en los Ministerios encargados de la asignación de los recursos (Hacienda y/o Economía) y otro afinado en el Ministerio sectorial respectivo, en este caso el Ministerio de Salud o alguna(s) de sus instancias burocráticas.

En un plano más específico, existe una clara disminución del gasto público en salud, a diferencia de la etapa expansiva que se observa en la etapa anterior. Esta disminución se ha expresado en el comportamiento de varios indicadores: a) disminución de la cantidad y calidad de los recursos humanos; b) disminución de recursos materiales y físicos; c) disminución en la cantidad de prestaciones, y d) pérdida de la hegemonía del sector público en el campo de la tecnología.

Desde un punto de vista más "ideológico" se constata la desvalorización del concepto de medicina integral, elemento que informó durante largo tiempo, la formación del personal de salud y permitió los diseños y diagnósticos del sector. Un efecto concreto de este proceso lo constituye el énfasis que el autoritarismo pone en la implementación de programas puntuales, como por ejemplo, los de atención primaria, los de nutrición y materno-infantil que permiten una mejoría de los índices evidente, pero que no dan cuenta de las causas de origen, esto es, las dimensiones socio-económicas que las generan. De este modo se produce una deformación metodológica y conceptual, que al segmentar la perspectiva analítica de los problemas de salud, hace estériles los esfuerzos de los técnicos del sector para enfrentar los crecientemente negativos efectos de la política autoritaria.

Por otra parte, un elemento complementario de la noción de medicina integral, lo constituía las denominadas políticas de apoyo, esto es, aquellas que permitían un incremento de los recursos humanos al sector estatal y la docente-asistencial que hacía posible una praxis social del personal técnico que reforzaba una visión progresiva y totalizante de la salud.

Por último, el autoritarismo ha erradicado drásticamente toda forma participativa tanto a nivel de los propios aparatos de salud como de la comunidad organizada. La experiencia vivida, en el caso chileno, en este aspecto es crucial para entender la "socialización" de las prestaciones lo que generó - en el tiempo - un comportamiento de la población que le ha permitido, por una parte, paliar en parte la disminución de la oferta de éstas y, por otra, exigirle al Estado la mantención de cierto umbral mínimo de responsabilidad en esta área.

IV. AFRICA Y AMERICA LATINA: ALGUNAS EXPERIENCIAS COMUNES

Tal como ocurrió con varios de los países de América Latina, la experiencia africana está signada por la presencia de la realidad colonial hasta las primeras décadas de este siglo. (Gish, 1980). Este hecho ha implicado que la instalación de sistemas de salud ha obedecido más a la lógica de los sistemas occidentales que han sido "trasplantados" más que a una adaptación que considere de manera adecuada la realidad nacional. En ese sentido, la fuerte influencia que ha tenido (y tiene) la medicina "tradicional" no ha sido suficientemente valorada, como tampoco lo fue en el caso de América Latina.

De forma análoga, también, la importancia que asumen determinadas instituciones sociales como la Iglesia y los militares, es común a la experiencias de ambos continentes. En efecto, de manera similar a las experiencias de países como Haití y Cuba, en Africa, los sistemas de atención médica fueron desarrollados y administrados por militares. El patrón típico de atención "moderna" en la era colonial tenía tres componentes: el hospital urbano, el dispensario rural, frecuentemente relacionado con la iglesia cristiana y el elemento de higiene o salud pública.

De modo general se puede decir que los Servicios de Salud eran un componente importante de la forma de dominación colonial, en la que la dimensión estatal es muy débil o casi ausente, siendo preeminente la acción privada de instituciones voluntarias o religiosas.

El elemento sanitario también correspondía a la necesidad de asegurar un flujo regular de productos primarios como el té, cocoa, yute y sisal hacia los barcos ubicados en los puertos del país, lo que justificaba desplegar esfuerzos higiénicos especiales en las áreas de producción primaria más importantes.

Con el proceso independentista que se concretiza en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países

inició su nueva etapa bajo un liderazgo que tenía como imagen un desarrollo democrático ordenado, teñido de un significativo elemento de democracia social.

La posterior evolución ha visto romperse el estilo democrático occidental, pero lo que sí ha pervivido es que las naciones africanas siguen dependiendo, muchas de ellas, de las decisiones económicas y políticas de Europa y EE.UU.

Por otra parte, lo común es que reducidos grupos sociales y económicos se enriquezcan en tanto que la mayoría de la población, mantiene sus condiciones de vida, en el mejor de los casos.

En el específico campo de la salud, muchos de los "nuevos" países se embarcaron en la preparación de planes de desarrollo de la salud, a mediano y largo plazo, sin cuestionar el carácter esencial de los servicios de salud que habían heredado. En vez de eso aspiraban a diseminar dichos servicios por toda la población. Las élites médicas aspiraban a alcanzar "estándares elevados" y al mismo tiempo servir a las necesidades de la población. Dada la lógica contradictoria existente entre aspiraciones tecnocráticas y necesidades sociales, lo que resultaba era una retórica preventiva y rural y una estructura de gastos urbana y de carácter curativo. Así, los planes reflejaban no sólo los puntos de vista e intereses sociales y de clase de la élite médica, sino su estrecha capacitación profesional.

La salud pública, por su parte, se desarrolló - en el período post-independencia - básicamente bajo la forma de campañas para erradicar determinadas enfermedades. En muchos casos, estas campañas absorbieron más recursos que todos los servicios ubicados fuera de las ciudades y pueblos, no teniendo grados significativos de relación con el resto de la estructura de salud, en parte, derivado de su financiamiento externo.

La significación de la influencia externa se expresa de diversos modos: a) la escuela de medicina y el hospital que le acompaña es de tipo inglés o norteamericano. Estos siguen el modelo de "centro de excelencia", desarrollados por instituciones como la Fundación Rockefeller. La investigación también es "excelente" aunque tenga un escaso efecto en las necesidades de salud de la población; b) las campañas masivas de erradicación también han recibido un importante estímulo externo, que han apoyado su eficacia en un alto costo financiero y en estructuras verticales y autónomas. Un efecto adicional es que, dado que la mayoría de los apoyos provienen de instituciones de EE.UU., éstos han terminado por debilitar uno de los mejores legados del colonialismo británico: la responsabilidad estructural del sector público, hacia el sector salud. En efecto, como en USA los servicios de salud, históricamente, han contado con la participación privada, sus modelos de apoyo externo tienden a reproducir el mismo esquema, con las consecuencias anotadas.

Aparece claro que, es en el campo de las fuerzas sociales y políticas, en donde es preciso fijar el análisis para poder dar cuenta de los rumbos actuales y futuros de los sistemas de salud, en Africa y América Latina.

V. ALGUNOS PROBLEMAS ACTUALES Y AREAS FUTURAS DE INVESTIGACION

Uno de los temas que se debate en la actualidad es la significación y el sentido del Estado como responsable de la salud, en las sociedades contemporáneas.

Para algunos (Navarro, 1976) ello ocurre porque, a) la producción y distribución de los recursos son percibidos como responsabilidades públicas en donde la canalización de recursos y servicios debe ser aprobada por el sector público; b) la capacitación investigación y entrega de servicios se financian con fondos públicos y c) la ideología y organización de la medicina se construye y for-

talece las relaciones de clase en nuestra sociedad, reforzando así el sistema capitalista. En ese sentido, la ideología capitalista, garantizada por la naturaleza de la intervención estatal, se manifiesta en la ideología de la medicina y en las instituciones médicas mismas. Desde esta perspectiva, la medicina cumple un papel legitimador del orden capitalista en la medida en que atenúa los conflictos entre los distintos grupos y clases sociales.

Asumiendo los mismos supuestos, otro autor (Renaud, 1975) hace notar la paradoja que existe entre una inversión financiera y tecnológica creciente y una medicina que produce más confort que salud. En este contexto, la asignación de recursos para la atención médica deriva de creencias y tradiciones más que de una evidencia concreta de su utilidad social.

Este proceso de "medicalización", como lo describe Iván Illich, que consiste en mostrar la invasión de la medicina en un número creciente de áreas de la vida individual y cuyo efecto, desde el punto de vista del bienestar individual, es inútil, costoso y las más de las veces, perjudicial. Los servicios de salud aparecen, así, como vulgares expropiadores de la salud, que estaría mejor cuidada si estuviese bajo la responsabilidad del propio interesado. Tal vez la crítica es exagerada ya que lo que verdaderamente ocurre es una creciente demanda por los servicios de salud, por un público condicionado a creer en las posibilidades ilimitadas de la ciencia y que aspira al "pleno bienestar físico, mental y social".

La convicción de que tal bienestar se puede alcanzar en el plano individual deriva de la influencia del paradigma de la "etiología específica" de la enfermedad: la enfermedad tiene una causa específica que debe ser analizada en los sistemas celular y bioquímico del organismo. El paradigma proviene de la época de Pasteur y Koch y ha devenido en una orientación hacia la enfermedad y no hacia el enfermo como persona.

Debido a este paradigma se perdió la idea de que las enfermedades podían ser causadas por un conjunto de factores interrelacionados, vale decir con un "enfoque ecológico". Esta visión de la salud y la enfermedad es congruente con el medio capitalista más amplio porque transforma en bienes rentables las necesidades de salud y legitima dicha transformación, a la vez que se elimina a la sociedad como una variable importante de la etiología de la enfermedad.

La lógica de este proceso estimula los requerimientos económicos de la industria de la salud en la perspectiva de un consumo creciente, y una de tales industrias que ha motivado el interés de los analistas (Gereffi, 1982; Machado, 1976) es la industria farmacéutica.

Desde un punto de vista metodológico, tal industria se comporta de manera análoga a las demás ramas de la producción material y, por lo tanto, escapa a los enfoques con que se trata a los servicios sociales. Con todo es importante retener que el crecimiento de este tipo de industrias han devenido en grandes corporaciones trasnacionales, lo que les otorga una capacidad de influencia que refuerza las tendencias consumistas ya descritas, a la vez que aumenta la dependencia tecnológica de los países subdesarrollados.

Hasta aquí, lo que tiende a prevalecer es una perspectiva que privilegia las determinaciones estructurales del Estado capitalista y que sitúa en el centro de la atención a la clase capitalista. Dicho de otro modo, lo que prevalece es un análisis de la dominación, desde el ángulo de las dominantes. Nos parece importante estimular líneas de investigación que rescaten el análisis de los dominados, cuyas acciones asumen contenidos bastante diferentes a la de los sectores dominantes. De hecho muchas de las modalidades que han asumido, históricamente, los servicios de salud se deben, en parte importante a la lucha que los sectores dominados han librado para imponer sus demandas al Estado. De hecho, es probable que enfoques

más inclusivos sobre el bienestar social estén contenidos en las propuestas de los sectores populares versus una visión más especializada y tecnocrática que pueda prevalecer en los sectores dominantes.

Lo anterior lleva a otro aspecto que nos parece interesante discutir y es la necesidad de tomar como unidad de análisis no exclusivamente las políticas de salud sino insertarlas en el contexto más amplio de las políticas sociales. Ello con el propósito de privilegiar enfoques que otorguen sentido a las propuestas que determinados grupos o clases sociales planteen al conjunto de la sociedad.

Otra dimensión que emerge como indispensable de desarrollar es la que vincula el desarrollo del proceso político con el de los servicios sociales. El análisis de las diferentes coyunturas políticas permite rescatar las orientaciones centrales, las contradicciones y la constitución de "actores" que pueden - en momentos determinados - ser decisivos en la dirección que asumen los servicios sociales. En este sentido, el estudio de las tecnoburocracias o de "instituciones sociales" como la Iglesia, los sindicatos o las mass-media pueden ser cruciales para diagnosticar probables demandas o líneas de desarrollo de los servicios sociales.

Ahora bien, pensando en una propuesta hacia el futuro que desarrolle y estabilice formas democráticas de relación social, política y económica, nos parece importante avanzar en el estudio de formas organizacionales, territoriales y políticas que refuerzen a la sociedad civil y descentralicen el poder del Estado. Si en un momento histórico, la centralización implicó el arrebatarse el poder a los grupos oligárquico-conservadores, en la actualidad, el hiper-gigantismo del Estado favorece la concentración del poder político en manos de grupos privilegiados y debilita, cada vez más, a la sociedad civil, deslegitimando - muchas veces - a la propia política.

Esto supone, entre otras, la democratización de la planificación, sin oponerse al Plan. También supone que el "actor" social relevante no es el individuo sino el movimiento social. Se trata de escapar al falso dilema Estado vs interés privado, acción política vs acción reivindicadora, y más bien democratizar al Estado.

Finalmente se hace necesario hacer un esfuerzo por recuperar una perspectiva de análisis de carácter latinoamericano, capaz de dar cuenta de las orientaciones centrales de la ideología y los desarrollos que las políticas sociales van asumiendo y su significación como propuestas a las cambiantes condiciones internacionales. Un excesivo énfasis "localista" en los estudios, en los últimos años, ha tenido efectos valiosos pero éstos adquieren relevancia cuando se sitúan en contextos más amplios.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Baño, Rodrigo et. als: "El proyecto popular alternativo en la historia reciente de América Latina", Documento de Trabajo N°163, FLACSO, 1982.
- Bloch, C.; Quinteros, Z. y Beltramino, S.: "El programa de estabilización económica y las Políticas de Salud y Bienestar Social: 1976-1980" en Cuadernos Médico-Sociales N°18, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina, 1981.
- Breilh, Jaime: "La medicina comunitaria; una nueva policía médica?" en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, N°84, 1976.
- Castellanos, Pedro L.: "Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela", en Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación, N°5, 156-158, 1982.
- Fassler, Clara: "Política sanitaria de la Junta Militar Chilena (1973-1980)" en Revista Latinoamericana de Salud, N°2, 1982.
- García, Juan C.: "La medicina estatal en América Latina (1880-1930)" en Revista Latinoamericana de Salud, 1 y 2, 1982.
- Gereffi, Gary: "The Global Pharmaceutical Industry and its impact in Latin America", Duke University, mimeo, 1982.
- Gish, Oscar: "Public Responsibility for Health Care in an Historical Perspective: The Third World", The University of Michigan, mimeo, 1980.
- Machado, Yolanda: "Tecnología farmacológica y medicina. Aspectos sociológicos", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, Enero-Abril, 1976.
- Morales, Eduardo: "Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-1978", Documento de Trabajo N°110, FLACSO, 1981.
- Morales, Eduardo: "Políticas sociales y sistema político: antecedentes, situación actual y perspectivas", Documento de Trabajo N°188, FLACSO, 1983.
- Navarro, Vicente: "Medicine under Capitalism" PRODIST, New York, 1976. U.S.A.
- Renaud, Marc: "On the Structural Constraints to State interventions in health". Mimeo, 1975.