

CUADERNOS MEDICO SOCIALES N° 24

Junio de 1983

CONTENIDO

Democracia y Salud: Bases para la formulación de una Política Sanitaria Nacional. Carlos Bloch, Susana Belmartino, Zulema T. de Quinteros y María del Carmen Trontoso. _____	5
La industria farmacéutica internacional y la salud de la población mundial. Thomas S. Bodenheimer _____	21
Mujeres, trabajo y stress: una revisión y un programa para el futuro. Mary Ann Haw _____	37
Más vida para los argentinos - Bases de política para la salud. Unión Cívica Radical - Movimiento de Renovación y Cambio _____	53

C.E.S.S.

CENTRO DE ESTUDIOS SANITARIOS Y SOCIALES

Asociación Médica de Rosario

España 401

2000 Rosario - República Argentina

Democracia y Salud:

Bases para la formulación de una Política Sanitaria Nacional.

Carlos Bloch ** Susana Belmartino *** Zulema T. de Quinteros ***
María del Carmen Troncoso ***

BASES SOCIO-POLITICAS DE UNA PROPUESTA DE SALUD

Salud es un problema complejo. Y su complejidad deriva en parte de que los problemas de salud no pueden resolverse exclusivamente en el interior del sector. Más allá de las fáciles y casi mecánicas relaciones entre salud y productividad, o salud y mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo, existe una sutil trama de interrelaciones entre las condiciones de salud de una comunidad y el conjunto de relaciones que sus miembros establecen en el nivel de lo político, lo económico, lo social.

De tal modo es posible afirmar que existe una estrecha relación entre la forma en que una determinada población enferma, envejece y muere, las modalidades establecidas para la prevención, curación y rehabilitación de los individuos afectados, los mecanismos de financiación de las acciones de atención médica, etc., y el "modelo" de organización económica, política y social que dicha sociedad adopta: su nivel de productividad, la complejidad de su estructura económica, el desarrollo alcanzado por los sectores secundario y terciario, la consiguiente diversificación de clases y fracciones de clase, el grado de participación de organizaciones intermedias como los partidos políticos y las asociaciones profesionales de diverso tipo, la forma en que se resuelve la contradicción entre necesidad de acumulación y posibilidad de distribución del excedente producido en común y, fundamentalmente, la responsabilidad que esa comunidad otorga a sus miembros individualmente, a sus organizaciones intermedias y al Estado, por la consecución de los niveles generales de bienestar que se consideran patrimonio inalienable de todo ser humano por su condición de tal. (1).

Por consiguiente, es imposible elaborar una propuesta de organización del sector salud dentro de los límites mismos del sector, sin tener en cuenta los parámetros que regulan el conjunto de relaciones sociales en la comunidad en la que pretendemos integrarla y, si se trata de una propuesta política, resultará indispensable definir previamente qué grado de participación y control se otorgará a sus directos beneficiarios y cuál será la responsabilidad del Estado en su carácter de moderador entre intereses sociales divergentes, regulador de la vida societal y garantía del bienestar de todos. Por supuesto, dicho análisis proporcionará solamente los parámetros de la propuesta en el nivel político que, aunque fundamental, no podrá desconocer la situación a nivel económico-posibilidad de asignar recursos al sector salud y a los otros sectores de los que salud es directamente dependiente: vivienda, alimentación, saneamiento ambiental, erradicación de factores contaminantes en el medio ambiente social y laboral, etc. —y el aspecto social: pautas y expectativas de consumo de los diferentes sectores, adecuación entre oferta y demanda de servicios, y necesidad de definir las reales condiciones de salud de la población más allá de la demanda espontánea.

En lo referente al papel asignado al Estado, en los países capitalistas occidentales se han desarrollado en las últimas décadas dos concepciones opuestas, basadas en dos modelos diferentes de articulación entre sociedad civil y aparato estatal que se expresan sintéticamente en términos de "Estado de Bienestar" y "Estado Subsidiario" (2). En los países periféricos la aplicación concreta de ambos modelos ha presentado diferencias y matices que puede ser importante señalar para una

- * Documento de trabajo presentado en el Seminario sobre Realidad Sanitaria Argentina organizado por la Sociedad de Salud Pública de Córdoba, 26-28 de noviembre de 1982.
- ** Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, Argentina.
- *** Investigadoras del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, Argentina.

comprensión global del proceso.

En la década del 40 el modelo de Estado de Bienestar supone una propuesta de resolución de las graves perturbaciones producidas por la crisis de 1929 y agravadas por el estallido de la Segunda Guerra. El Estado asume la responsabilidad de lograr una nueva integración al sistema capitalista aplicando su poder de intervención no solamente a la esfera económica, como había comenzado a hacer en la década anterior, sino fundamentalmente en el orden social.

La concepción del Estado Liberal —Estado "gendarme", no intervencionista, seguidor de la doctrina del "laissez faire"— dominante en el primer tercio del siglo, cede terreno ante una sociedad mucho más compleja, más articulada, sacudida por una crisis que pone al desnudo graves contradicciones y donde la fuerza del sector laboral parece a la vez creciente y amenazante. El Estado debe añadir a su interior función de conservador del orden público y defensor de la integridad nacional una capacidad creciente en el terreno de la regulación de las relaciones sociales, de manera de asegurar la convivencia pacífica de intereses contradictorios: regula las relaciones laborales y, a partir de una dinámica de crecimiento, promueve la incorporación de nuevos sectores al consumo, asegurando a la totalidad de la población la satisfacción de sus necesidades fundamentales: salud, educación, vivienda, previsión, etc. El Estado planifica, asigna recursos, interviene decisivamente en el desarrollo de la economía, actuando como organismo redistribuidor atenúa la tendencia a la concentración de la riqueza propia del libre funcionamiento de las leyes del mercado.

El modelo económico de funcionamiento de esta sociedad del bienestar proviene de la propuesta de Keynes: actuar sobre la demanda, promover la reactivación de la economía a través del gasto público, desarrollar el mercado interno y asegurar de esta forma el crecimiento ininterrumpido de la producción capitalista. Aumento de la capacidad de consumo, aumento consiguiente de la demanda de bienes y servicios, estímulo al desarrollo de la capacidad productiva de la industria, incorporación de nuevos sectores al mercado de trabajo, generalización del bienestar, consiguiente posibilidad de una nueva fórmula de adecuación entre capitalismo y democracia.

Dicha fórmula funcionó sin mayores contradicciones en los países centrales hasta fines de la década del 60, pero su aplicación no resultó tan lineal ni tan exitosa en la periferia. En América Latina el Estado Protector o Estado de Bienestar se identifica en general con la aparición de regímenes con fuerte apoyo popular, de los que puede servir como ejemplo el proceso argentino: el Esta-

do interviene activamente estimulando el crecimiento de la industria, asegurando a través de empresas propias el desarrollo de la infraestructura, haciéndose cargo de los servicios públicos, promoviendo mecanismos de redistribución del ingreso destinados a asegurar el crecimiento del mercado interno, y controlando la organización de la masa laboral de manera de integrarla a un proyecto de desarrollo capitalista con fuerte redistribución y posibilidad de acceso del movimiento sindical a la esfera del poder político. En síntesis: cooptación de las clases populares en un proyecto de desarrollo capitalista autónomo que tropezará con profundas limitaciones estructurales a comienzos de los años 50. (3).

En esa década, mientras la crisis del sector externo marca en nuestro país los límites del proyecto de crecimiento autónomo, en el escenario latinoamericano aparece una nueva propuesta de integración al mercado internacional que se expresa en el movimiento conocido genéricamente como "desarrollismo", una de cuyas vertientes más elaboradas a nivel conceptual es la constituida por el pensamiento de la CEPAL.

Los textos cepalinos de la época atribuyen las dificultades de América Latina a la persistencia de estructuras productivas arcaicas, enfatizan la necesidad de recurrir al capital extranjero para promover una rápida profundización del proceso de industrialización, a la vez que defienden algunas reformas estructurales —reforma agraria y reforma fiscal— indispensables para asegurar el proceso de modernización. En forma coincidente se estaba produciendo una reestructuración del sistema capitalista mundial, con una nueva división internacional del trabajo basada en la internacionalización de la producción capitalista. Las corporaciones multinacionales multiplican sus inversiones en los países periféricos, destinadas principalmente a la producción de bienes de consumo durable comercializados en el mercado interno de las economías receptoras.

En el pensamiento latinoamericano de izquierda los análisis político-económicos de la dependencia, que señalaban relaciones estructurales y globales entre centro y periferia determinantes de un mayor poder de acumulación en los centros y de un consiguiente empobrecimiento relativo de las economías dependientes, como obstáculo insalvable para la puesta en marcha de un proceso de crecimiento ininterrumpido, dan cuenta de la aparición de una nueva forma de relación con el capitalismo central, caracterizada como desarrollo dependiente asociado (4).

La industrialización dependiente de América Latina, o al menos de los países con mayores posibilidades de desarrollo del mercado interno o

poseedores de materias primas vitales para la producción capitalista central, no eliminará las contradicciones propias del subdesarrollo. Por el contrario, las agudizará, encubriéndolas bajo la máscara de un crecimiento económico que no se traduce en mayor bienestar social.

Las nuevas inversiones de las empresas multinacionales se destinarán a satisfacer el consumo de los sectores de mayor ingreso, concentrando el mercado interno de las naciones de la periferia, y limitando el crecimiento del mercado de trabajo a través de formas de producción altamente capital-intensivas, incapaces de incorporar la totalidad de la oferta de mano de obra y generando, por consiguiente, niveles crecientes de desempleo.

El establecimiento de empresas industriales y financieras muy complejas y de alta productividad y la aparición de una red de subsidiarias locales con muy diferentes niveles de incorporación de tecnología y mano de obra, producirán una fragmentación del mercado de trabajo que a su vez redundará en una marcada heterogeneidad del sector laboral, sus retribuciones, y sus posibilidades de acceso al consumo y al bienestar.

Paralelamente, la generalización de las relaciones de mercado produce una creciente extensión de la organización empresarial, movillada por la búsqueda de beneficio, a nuevos sectores anteriormente no alcanzados por la actividad lucrativa. Se produce así una mercantilización de las áreas de servicios básicos, en particular la educación y la salud. Estos bienes, aunque caracterizados como derechos incuestionables del ser humano, garantes de la igualdad de oportunidades propia de las sociedades democráticas, se convierten paulatinamente en mercancías de cada vez más difícil acceso para los sectores marginados del consumo, llegando incluso a verse cuestionada la posibilidad de supervivencia de los sistemas de financiación basados en mecanismos de solidaridad social. (5).

Estas "contradicciones del crecimiento" en la periferia, a la vez que limitan el desarrollo del mercado interno, colocan obstáculos al parecer infranqueables al acceso a niveles dignos de vida para la masa de la población desempleada o que recibe salarios inferiores al mínimo de subsistencia. La "revolución de las expectativas crecientes" que en los años 50 aparecía como el posible motor de una modernización que, regulada por el Estado, permitiera al mundo del subdesarrollo acordar distancias con las formas de vida propias de los países centrales, aparece para algunos como una esperanza frustrada por la injusticia básica del sistema capitalista y para otros como una creciente amenaza de desarticulación social y emergencia de movimiento contestatarios.

Desde diferentes sectores del espectro ideológico surgen propuestas de una mayor actividad del Estado en el área de los servicios básicos o actividades de bienestar. Los proyectos más progresistas, basados en aspiraciones a la transformación del sistema, y también aquellos que procuran la preservación de la estructura social vigente enfatizando los mecanismos intervencionistas y redistribuidores en beneficio de los sectores sociales más postergados, adoptan modelos inspirados ya sea en las formas de organización de los países socialistas, ya en las políticas de la social-democracia europea que defienden el establecimiento de un Estado Social de Derecho. Se trata en este caso de una forma específica de Estado de Bienestar en la que adquiere mayor determinación la preocupación por asegurar servicios sociales básicos a toda la población que el interés por ampliar el mercado para la producción capitalista. De este modo, se procura liberar de la influencia del mercado y la competencia individual una serie de prestaciones sociales que pasan a ser proporcionadas por el Estado a través de la financiación por rentas generales y con carácter igualitario para la totalidad de la población. En el área de salud el Servicio Nacional de Salud Inglés constituye un paradigma ampliamente citado y difundido.

Desde la derecha, el énfasis en la necesaria intervención del Estado en el área de servicios sociales se basa en preocupaciones de mantenimiento del orden y obtención de consenso, muchas veces formuladas en los términos de la Doctrina de la Seguridad Nacional que se difunde a partir de la década del 50 y que analizaremos en detalle más adelante como uno de los componentes de la ideología propia de los estados autoritarios latinoamericanos. A diferencia de las propuestas anteriormente mencionadas se tiende a excluir del sistema de mercado solamente los servicios destinados a los grupos de menor ingreso, dejando a las empresas privadas la satisfacción de la demanda proveniente de los sectores de mayor poder adquisitivo y configurando de este modo una oferta de servicios no igualitaria y con marcadas características discriminadoras por clase social.

Se trata de una concepción de tipo residual o marginalista, según la cual el individuo debe satisfacer sus necesidades en el mercado y sólo en caso de incapacidad o carencia los organismos públicos acuden en su apoyo en virtud de un enfoque de tipo "caritativo" de la asistencia social. (6).

Los componentes de esta concepción diferencial y "residual" de la prestación de servicios sociales se reforzarán con la crisis general del capitalismo cuyas primeras manifestaciones datan de comienzos de la década del 70 y darán lugar tanto en los países centrales como en los periféricos al surgimiento de ideologías liberales y neoconservado-

ras que alimentan la doctrina del "Estado Subsidiario".

La nueva propuesta autoritaria representa un intento orgánico de revertir la grave situación de crisis, restableciendo la tasa de ganancia en un nivel adecuado, reduciendo el gasto fiscal, considerado como una de las causas de la inflación, y controlando las demandas de los sectores laborales por mejores condiciones de vida y de trabajo. Los nuevos fundamentos de organización social, el nuevo "modelo de sociedad" propuesto, combina elementos ideológicos provenientes de diversas fuentes, no totalmente compatibles entre sí, que se articulan en forma diferente según las condiciones de cada realidad nacional y la específica combinación de fuerzas sociales que configuran la alianza en el poder. Sin embargo, ha sido posible analizar algunas líneas comunes de desarrollo de la nueva ideología que pretende convertirse en hegemónica y procuraremos sintetizarlas a continuación (7).

En primer lugar, la crisis es analizada como crisis política, no económica. Las dificultades en el campo económico son consideradas como expresión de la crisis de una forma de Estado, el Estado protector, intervencionista, órgano político de la democracia de masas. Según sus críticos, el modelo de organización política vigente en Occidente desde la década del 40 ha permitido que la lucha entre sectores con intereses contrapuestos invada el ámbito estatal, determinando un proceso continuo de negociación en el que el Estado aparece como distribuidor de beneficios y privilegios, sometido al ilimitado poder de las mayorías (8).

El Estado aparece de este modo como un articulador ineficiente de los diversos sectores que entran en conflicto en el seno de la sociedad civil. Se ve obligado a procurar un utópico bienestar general mediante el intervencionismo y la planificación, a desarrollar y mantener costosos sistemas de Seguridad Social, a asegurar niveles de trabajo y de vida para las clases trabajadoras que imposibilitan una asignación "racional" de los recursos que el sistema genera. Se cuestiona de este modo la "governabilidad" de la democracia. Se enfatiza la necesidad de controlar las exigencias inoportunas de las masas, desarticulando el sistema representativo y el proceso político democrático en tanto aseguran el derecho de los hombres a decidir sobre sus condiciones materiales de vida y asumir colectivamente la responsabilidad por la vida de todos.

Esto nos conduce al segundo gran tema de la nueva postura ideológica: la teoría del mercado, que se propone como articulador óptimo de la vida societal. En reemplazo de un Estado comprometido políticamente se propone como mecanismo integrador al mercado, neutro por definición,

óptimo asignador de recursos entre individuos libres que se vinculan a través de relaciones mercantiles. En este nivel el Estado sería una relación contractual más, un pacto entre individuos destinado a asegurar el respeto de la propiedad privada y la iniciativa individual.

El libre juego de las leyes de la competencia tiene, además —según sus defensores— la virtud de disciplinar a las masas, controlándolas mediante el restablecimiento de la responsabilidad individual como elemento diferenciador en el seno de la masa informe.

La distribución de la riqueza generada no será ya función del Estado, comprometido con la necesidad de responder a las exigencias de las mayorías, sino del mercado como "procedimiento objetivo de ajuste, entre los deseos, que son libres y los bienes, que son ilimitados" (9). Por esa vía se afirma la tendencia "privatista" relacionada con las prestaciones de tipo social: el principio de la responsabilidad colectiva es reemplazado por el de la rentabilidad privada.

A este discurso "liberal" en el ámbito de la sociedad civil se articula un referente autoritario de raíz conservadora para el plano de la actividad política. La caracterización del sistema democrático como "ingobernable" plantea la necesidad de controlar los posibles desbordes de las masas a través de un poder capaz de garantizar el respeto de las leyes del mercado. Es necesario una autoridad fuerte para superar los "vicios" que se propone corregir, cortando los vínculos entre corporaciones y burocracia estatal, desarticulando las asociaciones obreras, disciplinando la masa laboral, atomizando lo que antes constituía una totalidad organizada en base a propuestas de solidaridad nacional o grupal y defensa colectiva de las decisiones tomadas en común.

La retórica justificadora del autoritarismo se vincula a temas de muy profunda raíz en los sectores de poder latinoamericanos: la preservación de los valores de Occidente en manos de las Fuerzas Armadas, núcleo teórico de la Doctrina de la Seguridad Nacional.

Identificada con la aparición de la guerra fría en los años 50, y con la aceptación de la hegemonía estadounidense en el continente por parte de las Fuerzas Armadas Latinoamericanas, la Doctrina de la Seguridad Nacional tiene entre nosotros una larga trayectoria como ideología justificadora de la intervención militar en la vida política del país.

Conforme a sus fundamentos, la expansión del comunismo se realiza a través de formas de penetración que procuran el control del Estado desde el interior de las fronteras nacionales. Se produce así una guerra "no convencional" que justifica la uti-

lización de medios de defensa "no convencionales", en concreto, la movilización de todos los recursos represivos del Estado para desenmascarar (y aniquilar) al "enemigo infiltrado" en las instituciones de la sociedad civil: sindicatos, universidades, medios de difusión de cultura y de comunicación de masas. (10).

En marzo de 1976 las Fuerzas Armadas Argentinas asumen el control del Estado, en una coalición que se mostraría duradera, aunque no exitosa, con los miembros más representativos de la élite tecnocrática identificada con las propuestas del liberalismo económico y las doctrinas monetaristas de la Escuela de Chicago. (11).

Los dos sectores partícipes de la alianza, aunque sostienen concepciones del mundo y de la organización social parcialmente opuestas, comparten un diagnóstico negativo del proceso de desarrollo industrial iniciado cuarenta años atrás y de los principales parámetros de la acción del Estado a lo largo de ese período: intervencionismo y proteccionismo en el área económica, paternalismo en el terreno social. También parece coincidente la evaluación de los resultados de dicho proceso —imposibilidad de lograr un crecimiento sostenido y una integración eficaz al mercado mundial, desarrollo sectorial inarmónico, excesivo peso político de las asociaciones sindicales, creciente déficit fiscal, y políticas emisionistas generadoras de inflación —y la decisión de imponer a toda costa los mecanismos de corrección adecua-

dos: implementación de un Estado Subsidiario, que se limite a asegurar el libre juego de las leyes del mercado, delegando en el sector financiero la función de asignar y distribuir recursos, disciplinamiento de la fuerza de trabajo, apertura de la economía, privatización de empresas y servicios públicos, erradicación de la política, control de las actividades educativas, científicas y culturales; en suma, establecimiento del "orden" en contraposición a lo que se visualizaba y definía como "caos". (12).

El orden de los economistas ortodoxos se reveló desde el comienzo injusto y devastador y poco más tarde, además, ineficiente. Es inútil reseñar aquí un epílogo de todos conocido: descompensación del sistema financiero, caída de la productividad, recesión, desempleo y una inflación que no cede, demostrando la inoperancia de esquemas teóricos y artilugios pragmáticos. El orden de los militares se derrumbó tras la loca experiencia suicida de Malvinas que comenzó a corroer una soberbia que parecía indestructible. Hoy leemos en la prensa sobre hechos que antes sólo nos atrevíamos a comentar en secreto: corrupción, muertes injustas, silencios inexplicables, grupos de fuerza que actúan fuera de todo control. Argentina parece encaminarse por una senda democrática. Tendremos también, seguramente, la posibilidad de construir un proceso democrático de salud. La pregunta es: ¿por cuál camino?

LAS PROPUESTAS DE SALUD EN LOS ULTIMOS AÑOS

Una revisión somera y que no pretende ser exhaustiva de propuestas de organización del sector salud emanadas de diferentes sectores políticos y organismos técnicos y gubernamentales en los últimos años, puede ser útil para cumplir un doble propósito:

- a) Ilustrar sobre las diversas concepciones teóricas subyacentes en las mismas, y
- b) Destruir cualquier ilusión sobre la posibilidad de formular alguna propuesta novedosa o inédita en términos de políticas sectoriales.

La selección de los diversos proyectos que consideraremos brevemente no pretende ser representativa. Se han elegido un poco al azar algunas plataformas políticas previas a los comicios de 1973 y documentos emanados de las autoridades nacionales de salud y otras instituciones públicas y privadas, teniendo como guía solamente la disponibilidad de la documentación y el interés porque se encontrarán representadas las diversas opciones en torno al papel del Estado en el área del bienestar social que desarrollamos en el párra-

fo anterior.

1. La concepción de un Estado Responsable del Bienestar y la Salud de todos los habitantes, tiene múltiples expresiones en plataformas electorales y otros proyectos surgidos del interior del sector. Para una mejor comprensión de los límites y alcances de cada uno y una más clara relación con los lineamientos teóricos esbozados previamente, conviene analizarlas en forma separada según que la organización propuesta responda al esquema del Seguro o del Servicio de Salud.

Defiende la concepción del Seguro, por ejemplo, la Unión Cívica Radical, que en su plataforma de 1973 afirmaba que "La salud es un derecho social básico que el Estado debe asegurar a toda la población" y para ello proponía "establecer un Seguro de Enfermedad como paso previo hacia un Seguro de Salud, integrado en un Sistema de Seguridad Social, para lograr una atención médica igualitaria" (13). También el Comité Federal de la Salud (COFESA), organismo oficial, proponía en 1972 entre las pautas para un Seguro Nacional de Salud:

"La salud es un valor social y un derecho humano. No es una mercancía pasible de ser comercializada o estar sujeta a las leyes de la competencia", afirmando que el Estado "es por definición el responsable de la planificación y ejecución de las políticas". En virtud de esa responsabilidad debía "crear un sistema nacional, universal y obligatorio, integrado por subsistemas provinciales, que tenga en cuenta la importante capacidad instalada oficial, la organización y desarrollo de las obras sociales, y que considere las distintas posibilidades de integración con el sector privado" (14).

Por su parte, el Grupo de Trabajo de la Tercera Reunión de Autoridades de Salud Pública, en Diciembre de 1968, detallaba la necesidad de crear un "seguro de salud para las prestaciones de atención médica integrada, a través del Sistema de Seguridad Social que deberá actuar como ente financiero y no como prestador de acciones". Dicho seguro de salud se integraría con el aporte de todos los sectores interesados: beneficiarios, empleadores, comunidad, Estado. (15).

La concepción de un Seguro como Instrumento fundamentalmente financiero supone delegar en la actividad privada la organización de los sistemas de atención médica y la efectivización de las prestaciones. El papel asignado al Estado se relaciona con organización, normatización y fiscalización del sistema, destinado a poner en juego mecanismos de solidaridad nacional o grupal para la cobertura de los riesgos de salud de la población trabajadora y de sus dependientes.

Más allá del posible cuestionamiento de la equidad de un sistema de financiación basado en cotizaciones de trabajadores y empresarios, que pueden ser consideradas respectivamente como imposiciones al trabajo y gravámenes al consumo de la totalidad de la población, existe un cierto consenso en que la financiación de la atención médica por un tercer pagador estimula deformaciones de la práctica entre las que se puede mencionar las sobreprestaciones y la incorporación acrítica de tecnología costosa y de no comprobada eficacia.

Una concepción más radical de la responsabilidad del Estado en materia de salud y bienestar está implícita en las propuestas de organización de un Servicio de Salud. El programa del Partido Socialista Democrático para las elecciones de mayo de 1973, proponía: "Creación del Servicio Nacional de Salud para cubrir en forma igualitaria, eficiente y sin discriminaciones, la totalidad de la población del país, con el ejercicio de una medicina humanizada que cuente con los mejores recursos técnicos y científicos". "Financiación del Servicio Nacional de Salud, mediante un impuesto proporcional a la renta, sin gravar en absoluto el salario de los trabajadores". En relación con el problema del medicamento, aspecto clave en la

definición de política sectorial, se propone: "El medicamento no es una mercancía sino un bien social. Severo control de su calidad, composición y precios por organismos técnicos y científicos oficiales" (16).

En la misma conyuntura el Frente Justicialista de Liberación propiciaba la creación de un Servicio Nacional Único de Salud, incorporando al sector estatal los recursos del subsector de obras sociales y mutuales y del sub-sector privado. En relación al sistema de financiamiento se afirmaba: "Las rentas generales del Estado son las que deben financiar el sistema. Los mecanismos financieros del tipo de la Seguridad Social son injustos, pesando negativamente sobre una equitativa distribución de la riqueza, ya que frecuentemente invierten el criterio de solidaridad social por el que se fundamentan. No debe existir libre empresa con relación a las acciones de salud, ya que ésta favorece la estéril competencia entre organismos y sistemas, el incremento de costos, las desigualdades en la atención de la población, el uso indiscriminado de tecnología e inadecuada distribución de recursos, la práctica individualista y deshonesto de la medicina, el consumo superfluo de medicamentos y drogas, y favorece las formas sofisticadas y triviales de la práctica médica" (17).

El párrafo transcrito deja claramente planteada la intención de la propuesta de separar al sistema de salud del circuito de la actividad mercantil y lucrativa y evitar las deformaciones de la práctica que se ven favorecidas por el financiamiento por tercer pagador:

ii. La concepción residual o marginalista, en cambio, aunque pueda inscribirse en los límites del Estado de Bienestar, otorga mayor importancia a los mecanismos financieros destinados a proporcionar una demanda solvente al sector privado de atención y reserva la función del Estado a la protección del indigente médico. Esa actividad del Estado puede estar referida a simples razones de humanidad que justifican la protección de los sectores más débiles, como sucede en la propuesta electoral de Nueva Fuerza, que promete: "Ayuda económica estatal a Instituciones y personas que debido a sus bajos ingresos no puedan resolver por sí los problemas del cuidado de la salud". Esa misma propuesta diferencia con claridad los límites de la acción del Estado y de la actividad privada, acercándose a la concepción del Estado Subsidiario de la que constituye, sin lugar a dudas, un antecedente importante. Reproducimos textualmente: "Se impone la acción combinada del Estado — a quien le queda reservado dictar una política sanitaria, una eficiente contribución a la erradicación de enfermedades endémicas y un papel activo en medicina preventiva, con una ejecución descentralizada de las tareas— junto con la

medicina curativa en manos privadas. En especial deberán actuar asociaciones libremente constituidas, y la intervención del Estado, en el orden puramente asistencial, deberá tener un carácter subsidiario. Con ello se hará efectiva la vinculación directa y personal médico-paciente". Resulta clara la delimitación de áreas de responsabilidad, dejando en manos del Estado todas aquellas actividades que por definición resultan no lucrativas. La afirmación del necesario libre juego de la empresa privada se revela además en la propuesta de un seguro de medicamentos que "sin interferir en la producción económica de éstos, permitirá adquirirlos a precios razonables". (18).

Por el contrario, cuando la concepción marginalista se funda en necesidades de Seguridad Nacional, se pone un énfasis especial en la acción del Estado sobre la población necesitada. Un interesante documento firmado por el actual Ministro de Salud Pública desarrolla un proyecto integral de organización del sector y en uno de sus capítulos afirma: "Seguridad es una situación en la cual los intereses vitales de la Nación se hallan a cubierto de perturbaciones e interferencias sustanciales. Aplicando esta definición al Sector Salud Pública, podemos expresar que 'seguridad' es 'a situación en la cual la salud de la población se halla en condiciones óptimas para disminuir el riesgo de enfermar y morir'. En varias de las medidas de mediano o largo plazo enunciadas están incluidas explícitamente medidas de seguridad, algunas por vías del desarrollo mismo y otras por vías específicas de seguridad. Por principio, la salud en sí misma es un problema de seguridad. En tal sentido existen innumerables aspectos correspondientes al sector salud pública que tienen relación con la seguridad" (19).

Conforme a dicha fundamentación, el diagnóstico de las necesidades de salud de la población se formula de la siguiente manera: "Desde el punto de vista de la seguridad no existe duda alguna de que existen dos zonas diferenciadas: la población A, con una composición demográfica similar a la existente en los países desarrollados y la población B con características de la correspondiente a zonas en desarrollo". En el capítulo de actividades a desarrollar se aconseja para el área de Atención Médica: "concentración de la atención en la patología evitable y en la población B, mediante "acciones de nutrición, vacunación y control médico periódico", y en el área Intersectorial, "utilización de recursos humanos de las Fuerzas Armadas, de Seguridad y Educación para los programas de Salud. Coordinación Intersectorial de recursos en las áreas de mayor riesgo".

Los enunciados transcritos parecen demostrar con suficiente claridad que la atención particular dedicada a los sectores de mayor ries-

go no se justifica en base a principios éticos de equidad que aconsejarían proporcionar más atención a los más necesitados, sino en la conveniencia de mantener bajo control las áreas donde pueden generarse conflictos. El paso siguiente, cuando se considere que el Estado ya ha gastado bastante en medidas destinadas a lograr un control basado en el consenso, será defender un nuevo método de sujeción, instrumentado en la disciplina y la represión.

III. Y por ese camino se llega a la formulación del concepto de subsidiariedad del Estado, no sólo en lo referido a la actividad económica y la organización empresarial, sino también en la prestación de servicios sociales básicos: salud, educación, vivienda, sistemas financieros de cobertura de riesgos vitales. El Estado debe abstenerse de toda actividad que pueda desempeñar la actividad privada lucrativa. En el discurso que fundamenta el retroceso de la actividad estatal en el área, el mantenimiento de la salud y el logro de un nivel adecuado de bienestar pasan a depender de la responsabilidad individual. Cualquier sistema solidario de tipo obligatorio atenta contra derechos fundamentales del individuo y su capacidad de libre elección (20).

En 1978, cuando se debatía el proyecto de reformas a la Ley Nº 18.610, CIMARA, entidad que agrupa a las grandes empresas de seguros privados de salud, afirmaba que "el legítimo respeto de las libertades y derechos individuales" obliga a asegurar el derecho a que "cada cual canalice el aporte/contribución sobre sus remuneraciones en forma tal de poder solventar el sistema de salud libremente elegido" (21). En la misma época, una solicitada firmada por las grandes corporaciones empresarias y respaldada por el Palacio de Hacienda afirmaba la necesidad de optar entre dos posiciones extremas: "en la decisión que adopte el gobierno nacional podrá advertirse cuál es la filosofía social que éste propondrá a la Nación Argentina, si se favorecerá la tendencia a la colectivización, a la preponderancia sindical, a la omnipotencia del Estado, a la tutela del hombre argentino por el aparato estatal como si no tuviera capacidad de decisión, o si se favorecerá la fortaleza individual, el espíritu de responsabilidad, el sentido del ahorro y la previsión personal, así como permitir la coexistencia de pequeñas organizaciones, con la familia a la cabeza de todas ellas" (22).

Aunque expresada por organizaciones privadas la filosofía es, sin duda, la que respalda la gestión del Proceso de Reorganización Nacional y que en el terreno de salud se concretará en medidas efectivas y abstenciones igualmente significativas. Entre las primeras basta señalar el cancelamiento del hospital público y la posibilidad de

dada por el artículo 4 de la Ley N° 22.269 de eludir la obligatoriedad de la contribución al sistema de seguridad social en caso de afiliación a un sistema privado de cobertura de atención médica. Entre las abstenciones es necesario reparar en la carencia de toda norma de control sobre actividades privadas lucrativas que encarecen el costo de la atención médica poniendo en peligro la supervivencia de los sistemas financieros basados en el aporte solidario de la población trabajadora, en particular las referidas al área medicamentos y tecnología.

Además de la diferente definición, en torno al rol adjudicado al Estado que hemos reseñado, la mayoría de los documentos analizados contiene también un diagnóstico de la situación del sector, cuestionando, en general, la superposición de instituciones y la dilapidación de esfuerzos que supone el mantenimiento de los tres subsectores tradicionales en la atención médica argentina. También se desarrollan en algunos de ellos nuevas propuestas de organización, ya sea a través de la coordinación de efectores públicos, privados y de la seguridad social, o de su integración, según cual sea la orientación general de la propuesta. En los niveles operativos una buena parte de ellos afirma la necesidad de la descentralización, la organización en áreas programáticas, con diversos niveles de complejidad, etc. etc.

Como decíamos al comienzo, el análisis del material documental produce la sensación de que todo ha sido dicho en materia de salud, todas las propuestas posibles han sido formuladas, en algunos casos desde el llano, en otros desde las propias esferas oficiales y, sin embargo, es muy poco lo que se ha hecho, incluso desde la óptica mínima de la reorganización del sector público y la adecuación de sus efectores a las necesidades de la población que depende de ellos.

La tarea, tal vez, antes de desarrollar nuevas propuestas, será comenzar a preguntarse por qué los proyectos en salud, tanto políticos como tecnocráticos, difícilmente alcanzan a ser efectivizados.

El ejemplo más evidente, ampliamente citado y comentado, es el proceso de negociación a que se ve sometida la ley de creación del Servicio Nacional Integrado de Salud desde su formulación como proyecto, pasando por la discusión en las Cámaras y posterior sanción legislativa, y culminando en las limitaciones que sufrió la aplicación práctica del texto definitivamente sancionado (23)

El texto legal (Ley N° 20.748), producto, como es sabido, de un compromiso entre la formulación originaria de un sistema integrado en manos del Estado y, los intereses sindicales representados en la dirección del INOS que defendían

la continuación del sistema financiador fragmentado en múltiples obras sociales, mantenía todavía formulaciones muy avanzadas, como la que plantea el art. 1°:

"Declárase la salud derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina. A tales efectos el Estado Nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación, usando para ello los instrumentos con que le provee la presente ley y fijándose como meta a partir del principio de solidaridad nacional su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos. A él se llegará con el cumplimiento de etapas intermedias, constituyéndose como objetivo inmediato el reordenamiento, rehabilitación e integración del subsector público estatal".

¿Por qué en la práctica no se llegó siquiera a efectivizar el objetivo más inmediato, la reorganización del sector público, muy importante sin duda, pero que seguramente no comprometería intereses sectoriales poderosos?

Mucho se ha hablado de la influencia de los intereses extrasectoriales en la definición y efectivización de las políticas de salud. En la mayor parte de las oportunidades dicho comentario alude, explícita o implícitamente, al poder de la corporación sindical dirigido sistemáticamente a obstaculizar todo intento de unificación del sistema financiero de la seguridad social.

Es indudable la influencia que ha tenido el sindicalismo organizado en el Interior del Estado argentino, influencia que ha afectado no sólo al sector salud, sino a la totalidad de las políticas sociales y laborales. Los acuerdos entre Estado y Sindicatos, que se desarrollaron a lo largo de las últimas décadas, han conocido momentos de debilitamiento, rupturas, y épocas en que los objetivos comunes se impusieron al resto de la sociedad, pero globalmente perduraron por lo menos hasta 1976. Y no sólo la representación obrera pesó defendiendo intereses sectoriales en el seno del Estado. En nuestra área específica tampoco ha sido desdeñable la intervención de las corporaciones empresariales. La relación entre burocracias estatales y corporaciones es un tema recurrente en el análisis del estado contemporáneo y se ha explicitado gráficamente en la afirmación de la existencia de "anillos burocráticos" que ligan a las burocracias de la administración pública y de las diferentes corporaciones, obstaculizando o conteniendo la efectivización de medidas dirigidas a satisfacer necesidades más globales de la población que vulneran coyuntural o estructuralmente los intereses sectoriales.

Pero también las medidas puramente técnicas

de organización sectorial han mostrado dificultades en su implementación. Lo que puede conducir a consideraciones más generales sobre la organización del aparato estatal.

Las causas de este tipo de bloqueo en la aplicación de medidas de orden técnico-administrativo, más que político, se relacionan por lo general —no sólo en Argentina sino también en otros países latinoamericanos donde se registran situaciones semejantes— con el desarrollo de una burocracia estatal que no responde a los mecanismos de responsabilidad y control de la democracia representativa sino a pautas jerárquicas de subordinación ascendente. La existencia de esta burocracia y las modalidades específicas de su actividad producen una separación entre los aparatos del Estado y el conjunto de la población destinataria de sus políticas, facilitando la centralización del poder y la exclusión de los gobernados del sistema de toma de decisiones puesto en funcionamiento por los gobernantes (24).

Esta centralización del poder en el aparato estatal y particularmente en su rama ejecutiva, no impide una fragmentación en las áreas de influencia, según el ámbito específico de actuación de los funcionarios de mayor jerarquía dentro de cada una de las grandes secciones en que se divide la administración del Estado.

Ese poder centralizado, y "feudalizado" en el Interior del aparato estatal, está sometido a un juego de presiones y negociaciones, no sólo con

los diferentes sectores de poder que actúan en la sociedad civil, como ya mencionamos, sino entre los responsables de los diferentes organismos estatales que buscan reforzar sus áreas de poder o imponer sus propios puntos de vista. De todo ello derivan muy a menudo situaciones que han sido definidas como de "parálisis" o "Inmovilismo" en las esferas de gobierno.

Este puede ser, muy esquemáticamente planteado, el caso de tantas formulaciones teóricamente impecables de políticas sectoriales que nunca llegan a implementarse. Si esta interpretación es correcta, el obstáculo para la puesta en práctica de tales soluciones a los problemas vitales de la población no derivaría de "presiones incontrolables de las masas" como se ha planteado reiteradamente, sino precisamente de la falta de un juego democrático que brinde a las mayorías canales de intervención que les permitan exigir la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

La cuestión no radicaría entonces en preocuparse por los problemas del "control" de las democracias sino en analizar los obstáculos que plantea la organización del aparato de poder para un correcto funcionamiento del sistema democrático representativo. Lo que nos lleva a considerar prioritario a la formulación de cualquier propuesta sectorial el análisis de una estrategia de cambio en la organización del Estado y en sus formas de articulación con la sociedad civil.

EL DIFÍCIL CAMINO DE LA DEMOCRACIA

En los últimos años se han desarrollado, en el pensamiento de las ciencias sociales latinoamericanas, la preocupación por las condiciones que limitan o favorecen la afirmación de las prácticas democráticas. El análisis de la forma en que el aparato estatal se va modificando para cubrir las funciones a que da lugar el crecimiento y la complejización de las modernas sociedades industrializadas, brinda algunas ideas sobre situaciones contradictorias que obstaculizan en forma progresiva la consolidación de formas democráticas de participación política.

El crecimiento tanto en dimensión como en funciones del Estado moderno parece estar en gran medida relacionado con el proceso de aparición de nuevos sectores sociales, su movilización en procura de mayor bienestar y las exigencias derivadas de una mayor intervención de los organismos oficiales para atenuar situaciones de injusticia que podrían derivar en conflicto. Es posible afirmar

que el crecimiento del aparato del Estado es una consecuencia directa de una mayor demanda social, en relación a una más amplia redistribución del excedente generado en la esfera de la producción. Sin embargo ese crecimiento del aparato estatal producirá, a su vez, un debilitamiento del juego democrático por la generación de una burocracia fuertemente jerarquizada que adquiere una dinámica de funcionamiento independiente, es decir, impermeable al control o los reclamos de la ciudadanía no organizada en grupos de presión (25).

A medida que la sociedad moderna crece y se complejiza, aumenta la interdependencia entre las actividades económicas y entre éstas y las diferentes áreas de la práctica social. Esto obliga a una creciente intervención del Estado que asume la forma de la planificación, en el terreno económico para asegurar una eficiente asignación de recursos, y en el ámbito social para moderar los conflictos derivados de la distribución regresiva del ingre-

so destinada a fortalecer el proceso de acumulación. Se configura de este modo una esfera de actividad básicamente tecnocrática en donde las decisiones son tomadas por quienes tienen el monopolio del "saber hacer", por encima o por fuera de la voluntad expresa o tácita del ciudadano común. (26).

La extrema especialización del conocimiento, dificulta el acceso de la mayor parte de la población a todas las ramas del saber técnico y científico. Es muy difícil, por consiguiente, que pueda controlar las opciones de planificadores y políticos, sobre todo cuando éstas adquieren el respaldo de un discurso técnico que alude a una racionalidad superior, por encima de las apetencias y necesidades del hombre común.

Por esta vía, el proceso de planificación, al mismo tiempo que tiende a asegurar el normal desarrollo de los procesos de producción y reproducción, evitando el crecimiento inarmónico de los diferentes sectores, previniendo estrecheces y cuellos de botella que dificulten el crecimiento sostenido, y atenuando la excesiva desigualdad social derivada de la fragmentación de los mercados de trabajo y consumo cumple, a la vez que una función técnica, una función social.

Como parte de esa función moderadora en lo social, proporciona a las decisiones políticas una justificación racionalizadora que, por ser técnica, aparece como específicamente "neutral". En ese carácter, lo técnico se presenta despojado de todo compromiso con el conflicto distributivo que dinamiza el proceso social, por lo tanto incuestionable desde el punto de vista de la necesidad de una mayor justicia social dentro del sistema (27).

También corresponden a estas tecnoburocracias los procesos de negociación con las entidades representativas de intereses sectoriales en el seno de la sociedad civil, en particular las corporaciones empresariales y sindicales, por lo general, también fuertemente burocratizadas y jerarquizadas. De tal modo, los acuerdos, compromisos y negociaciones se formalizan entre "cúpulas", sin verdadera intervención de los directamente afectados por su aplicación.

Este tema de la burocratización de las estructuras administrativas y políticas del Estado y el consiguiente reforzamiento de los mecanismos autoritarios, se relaciona con la problemática del creciente peso de los órganos administrativos de gobierno sobre los específicamente representativos. El Poder Legislativo se ve restringido a la función secundaria de refrendar las políticas desarrolladas en el ámbito ministerial. Es a nivel del Ejecutivo que se establecen las relaciones con los otros sectores de poder, tanto internos como inter-

nacionales; avanzando sobre funciones y áreas de competencia de los otros poderes, el brazo ejecutivo del gobierno multiplica su influencia en virtud del monopolio de la información, el control del uso de la fuerza, la manipulación del secreto de Estado, la intromisión de los organismos de seguridad en la vida política, la implantación de situaciones de excepción como el estado de sitio, etc. etc.

¿Cuáles serían los mecanismos propuestos para contrarrestar estas tendencias a la concentración del poder, dentro del Estado supuestamente representativo y democrático de las modernas democracias occidentales?

En primer lugar, el reforzamiento de las instancias participativas en todos los ámbitos de la sociedad civil, una democratización de las organizaciones intermedias, especialmente empresas, sindicatos, instituciones educativas, que acompañe y controle los avances del poder estatal sobre el área de lo privado. Una real democratización y una efectiva participación en los niveles de competencia de cada miembro del conjunto social como garantía del mantenimiento del control de los gobernados sobre las decisiones efectuadas por los gobernantes (28).

El otro recurso indispensable para la efectivización de ese control sobre resoluciones de importancia vital para el conjunto de la comunidad, es la destrucción del mito del monopolio del saber técnico como requisito único y suficiente para una racional y eficaz programación de las actividades de la sociedad. Es necesario asegurar canales de información que faciliten a los sectores interesados la discusión de las cuestiones que los afectan, en particular si se trata de áreas relacionadas con su bienestar y con sus posibilidades de acceder al conjunto de bienes y valores que la sociedad brinda a los individuos que la componen.

Se espera de este modo que el control de la ciudadanía sobre la esfera de lo político no se limite a los períodos electorales, como sucede en los sistemas de democracia representativa, y que un mayor nivel de participación del conjunto de la comunidad genere relaciones de fuerza más favorables a un cambio social que asegure condiciones de vida dignas a las grandes mayorías, hoy postergadas y marginadas de los beneficios del progreso (29).

¿Y qué pasará entonces con la gobernabilidad de la democracia, especialmente en el conflictivo terreno del área latinoamericana?

El problema no reside tal vez en cuestionar el juego democrático como causante de la inestabilidad y el descontento social en la periferia capitalista. La raíz del problema puede encontrarse, en cambio, en las particulares características que asu-

me en el área el proceso que ha sido caracterizado como desarrollo dependiente-asociado. El modelo de estructura productiva y de mercado impuesto por las necesidades del proceso de acumulación es incompatible con el acceso a condiciones favorables de vida y de trabajo de buena parte de la población de los países latinoamericanos. Los mecanismos autoritarios y represivos existentes en diverso grado en todos los sistemas de poder tienen como finalidad no eliminar presuntos "vicios" del sistema democrático, sino asegurar la continui-

dad del proceso de concentración de la riqueza y el poder económico, y su correlato de miseria y marginación para los excluidos de los beneficios del sistema.

La democracia aparece así como la única vía para asegurar los derechos y la voluntad de las mayorías. Su práctica efectiva debe fundar cualquier proyecto de cambio social que aspire a lograr condiciones de igualdad y justicia social en los países de la región.

DEMOCRACIA, PARTICIPACION Y SALUD

Tras siete años de vigencia, el proyecto de gobierno de las Fuerzas Armadas ha producido cambios de envergadura en el aparato productivo y en la estructura social del país, pero no ha conseguido instaurar un modelo de organización política que legitime la continuidad del proceso. Los argentinos enfrentamos una nueva posibilidad de apertura democrática, muy condicionada, muy limitada por el deterioro del aparato productivo, la acumulación de reivindicaciones insatisfechas en los sectores populares y los gravosos compromisos adquiridos con el sistema financiero internacional. Las dificultades para instaurar una auténtica democracia participativa que asegure un proceso de redistribución positiva del ingreso y una creciente participación de los sectores populares en las instancias decisivas de los grandes problemas nacionales no alcanzan a empañar la conciencia de que éste es el único camino posible para asegurar un sistema político estable. La experiencia nacional e internacional de los años pasados ha arraigado en buena parte de los sectores representativos de la sociedad argentina el rechazo de los autoritarismos y la convicción de que cualquier cambio social producido a través de la violencia genera un costo excesivo que el país, desangrado y debilitado, no se encuentra dispuesto a soportar.

Todo ello conduce a que se plantee como indispensable una revaloración crítica del sistema político representativo, de las modalidades de confrontación de ideas, valores e intereses contrapuestos, de los canales de acceso al poder del Estado y a los niveles de decisión.

Si bien nuestro diagnóstico de las condiciones de ejercicio del poder en el terreno de los aparatos del Estado resume situaciones deformantes producidas por el crecimiento de la tecnoburocracia administrativa, la rivalidad que se desarrolla en su seno por extender áreas de influencia, y su

necesario compromiso con organizaciones corporativas que representan los intereses dominantes en el seno de la sociedad civil, también es posible analizar con mayor detalle la incidencia de tales factores en el desarrollo y aplicación de las políticas de salud.

Ampliamente documentada y persistente pese al paso de los años y la sucesión de diferentes administraciones, la rivalidad entre las áreas de Salud Pública y Seguridad Social ha sido, sin lugar a dudas, uno de los elementos que ha restado operatividad a las políticas sanitarias de la Nación. A partir de la creación, en 1966, del Ministerio de Bienestar Social, sus dos principales secretarías han insistido en la propuesta de modelos escasamente compatibles de integración del sector público y la seguridad social, uno de los temas clave si se procura racionalizar la organización de la atención médica, evitar la superposición de recursos y la dispersión de esfuerzos.

También se ha mostrado desgastante y paralizadora la división de funciones en torno al acuciante problema de los medicamentos, cuando Salud Pública debe limitarse a legislar sobre normas técnicas de calidad, quedando reservada a Economía la regulación de la producción, comercialización y precios. Algo semejante sucede con las autorizaciones para la importación de equipos de tecnología pesada, en manos de la Secretaría de Comercio y la preocupación de las autoridades de Salud —destinada a quedar sólo en el terreno de lo declamatorio— por regular la incorporación de dicha tecnología, establecer prioridades en la asignación de los recursos destinados a la inversión, y pautar el crecimiento de la capacidad instalada en los tres subsectores.

El problema, por supuesto, no se reduce al conflicto entre diferentes funcionarios, o a distintos modelos de organización, dominantes en cada una de las áreas en que se divide la administración

Por detrás de cada una de esas propuestas existe una compleja trama de relaciones con sectores de poder en la sociedad civil, que utilizan su influencia dentro de los organismos estatales para mejorar su posición relativa en la puja entablada en torno a la distribución del ingreso.

Poca dificultad existe para delimitar algunos de esos núcleos de poder económico, que adquieren creciente importancia en la medida en que la atención de salud se mercantiliza internamente y, a la vez, genera demanda para industrias fuertemente expansivas como son medicamentos y aparatología médica. La presencia subsidiaria del Estado estimula el desarrollo de la medicina-negocio. Libres de toda regulación y de todo límite exterior a la capacidad adquisitiva de la demanda, las grandes empresas productoras del área de salud se convierten en negociadores con voto decisivo en cualquier instancia de planificación del sector.

Los tímidos intentos emanados del sector público de organizar el sistema por el lado de la oferta, estableciendo mecanismos de coordinación entre diferentes prestadores, chocaron reiteradamente con los intereses de las grandes empresas médicas privadas. Estas no sólo han rechazado cualquier intervención estatal en su organización interna, sino que han presionado reiteradamente por limitar la acción del Estado a todo lo que constituye actividad no lucrativa en el área: saneamiento ambiental, prácticas preventivas, atención del indigente, prestaciones en áreas escasamente rentables o muy riesgosas, etc. Mientras la empresa privada de atención de salud olvida el carácter de servicio de su actividad para rechazar la intervención y contralor del Estado en su organización, lo reivindica cuando se trata de solicitar un tratamiento preferencial mediante la obtención de subsidios, créditos en condiciones especialmente ventajosas, exención de impuestos, etc.

La literatura nacional e internacional referida al aumento de los costos de la atención médica ha llamado suficientemente la atención sobre la influencia determinante que tienen sobre dicho fenómeno la incidencia del costo del medicamento y la incorporación de tecnología de eficacia no bien comprobada. También se ha enfatizado la responsabilidad del sistema de financiamiento por tercer pagador en la difusión de un modelo médico centrado en la realización de prestaciones complejas y sofisticadas, que alientan la sobreespecialización y la parcialización del conocimiento y la práctica, sin generar el necesario mecanismo compensador consistente en la actuación de un verdadero equipo profesional que permita una consideración integrada de los problemas de salud del paciente. Sin embargo, cualquier intento regulador o norma-

lizador en esa esfera choca a la vez con intereses industriales poderosos y con la concepción, difundida entre los profesionales, de que una correcta valorización del ejercicio de la medicina pasa por la irrestricta libertad de prescripción.

En una justa distribución de responsabilidades es necesario señalar, también, la que cabe a ese particular sector de poder que es la profesión médica organizada en la cristalización de algunas de las deformaciones del sistema. Un excesivo énfasis en las "libertades médicas": libertad de elección del médico y del paciente, libertad de selección de los recursos diagnósticos y terapéuticos, libertad de prescripción, secreto profesional, etc., y un relativo abandono de las responsabilidades emergentes de su ejercicio, han sido algunos de los ingredientes que contribuyeron a modelar la oferta de servicios.

Por el lado de la demanda, la generalización de las obras sociales permitió el acceso a la población trabajadora al consumo de atención médica en condiciones similares a las obtenidas por los grupos de mayor ingreso. En forma paralela el sistema amplió considerablemente el poder de convocatoria de las organizaciones sindicales, reforzando su capacidad financiera y su posibilidad de presión sobre los organismos estatales. Por otra parte, actuando fundamentalmente como mecanismo financiador estimuló la tendencia a la mercantilización de la atención médica. Los conflictos surgidos con los prestadores y la necesidad de adecuar recursos escasos a necesidades en aumento, determinaron la intervención reguladora del Estado, creando nuevas áreas de puja distributiva en el interior del aparato estatal.

¿Cuáles serán, entonces, las condiciones básicas que deben cubrirse para asegurar la efectivización de cualquier propuesta de reorganización del sector salud que intente un cambio en favor de la satisfacción de las necesidades de los sectores socialmente más postergados?

El primer problema a resolver será la forma de garantizar una efectiva participación de la población en la definición de sus necesidades de salud y bienestar, en la discusión de la mejor manera de organizar los servicios destinados a satisfacerlas y en el control sobre la aplicación efectiva de las decisiones del conjunto.

Otra cuestión igualmente difícil será la supresión de mecanismos autoritarios basados en cualquier tipo de racionalidad técnico-científica que avale el monopolio de la facultad de decidir, tanto a nivel de las estructuras organizativas como en los procesos de elaboración y transmisión del conocimiento médico y en el interior de la relación médico-paciente.

Será necesario también desarrollar formas

organizativas que excluyan la posibilidad de mercantilización de la práctica médica o alguna de sus áreas complementarias, especialmente medicamentos y tecnología. A este respecto será necesario tener en cuenta la estrecha relación entre sistemas de financiamiento y formas de organización, excluyendo aquellas formas de retribución que estimulan modalidades de prestación basadas fundamentalmente en la búsqueda de beneficios.

Se trata, en síntesis, de una redefinición de las esferas de poder y de los modelos de la práctica, y un traspaso de la posibilidad de decidir salud desde los organismos del Estado, las estructuras corporativas, las empresas y las instituciones científicas al conjunto de la población. De reemplazar la puja distributiva intersectorial en el Interior de los aparatos del Estado por la demanda organizada y responsable del conjunto de la comunidad, comprometida con la viabilidad de lo propuesto.

De este modo, la participación popular en el ejercicio efectivo del poder en salud implicaría:

- El control, disponibilidad y manejo del conocimiento y la información de salud, de manera de alimentar el proceso de toma de decisiones y la discusión colectiva, en cada nivel de organización del sistema.
- El control y discusión sobre el manejo y las políticas de asignación de los recursos disponibles para el sector (formas de financiamiento, inversiones, tecnología, recursos humanos, relacionados de intercambio con el exterior, cooperación técnica internacional, etc.)
- Capacidad para organizar personas en torno a prácticas de salud, bajo una determinada concepción del mundo y de la organización social, en condiciones de entender la causalidad del proceso de salud-enfermedad, al igual que las determinaciones de la organización de la práctica médica.
- Capacidad para controlar las instituciones de salud y su funcionamiento.

En cuanto a la problemática específica de organización de los servicios, y sin dejar de tener en cuenta que las condiciones de salud de la población dependen en gran medida de las condiciones más generales de vida y de trabajo, resultando impotente a ese respecto la atención médica brindada fuera de un adecuado marco económico y social, una Política Nacional de Atención Médica debería tener en cuenta:

- El reconocimiento del derecho universal de la población a una atención eficiente en cantidad y calidad, oportuna, continua e integral y la responsabilidad del Estado de asegurar el ejercicio de ese derecho a través de un Sistema Nacional de Salud apto para operarlo.

- La afirmación de un cambio en las políticas de financiamiento que ponga énfasis en la responsabilidad financiera del sistema impositivo general por encima de cualquier contribución derivada de una imposición al trabajo o al salario. Deberá tratarse, además, de una política de financiamiento integrada en una política global de redistribución del ingreso. Esto significa una mayor participación del Ministerio de Salud en las dotaciones presupuestarias globales del Estado.
- La reorientación de la asignación de recursos a través de una redefinición de la política de atención médica y del rol que debe jugar el hospital público, dirigiendo la mayor proporción de recursos a la expansión de una red de centros de salud periféricos, dotados de un equipo de salud que atienda en forma integral las necesidades de la población a cargo, constituyendo la única puerta de entrada al sistema.
- La necesidad de respetar en todas las acciones de salud los principios de descentralización y regionalización, de manera de tener presente la especificidad de las poblaciones en las diferentes áreas del país, actuando en forma integrada con los gobiernos provinciales y municipales.
- La prioridad de asegurar una atención descentralizada próxima al hogar o al lugar de trabajo, a cargo de un equipo integrado en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención planificada y con permanente intención educativa y que integre en cada prestación los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social y las acciones preventivas con las curativas. Asegurar, además, la humanización de la atención médica con una positiva relación médico-paciente.
- La adecuación de la política de formación del recurso humano a las características que definen el Sistema. Esto supone la formación del personal necesario con adecuada capacitación para ejecutar lo proyectado. En este sentido lo importante no es solamente la cantidad sino la calidad, en lo que respecta a una actitud de servicio, de responsabilidad, de comprensión científica de la realidad y de creatividad para resolver los problemas con que deba enfrentarse.
- La definición de una política de jerarquización del recurso humano en salud, a través de una Carrera Sanitaria que contemple, además de una justa retribución, condiciones dignas de trabajo, posibilidades de ascenso, capacitación en servicio y programas de edu-

cación permanente.

— Dos áreas merecen una consideración más pormenorizada por su particular transcendencia en el momento actual:

— La definición de una Política Nacional de Medicamentos deberá considerar en forma prioritaria:

- * El desarrollo de una Industria farmacéutica nacional organizada a partir de la premisa de que el medicamento constituye un bien social.
- * El establecimiento de mecanismos que aseguran la importación de materias básicas y drogas consideradas imprescindibles para la salud de los argentinos, mediante su adquisición en los mercados más convenientes, evitando las prácticas de sobreproducción que realizan las filiales de las empresas extranjeras al importar de sus casas matrices productos que aquí elaboran o simplemente envasan.
- * El dictado de disposiciones legales que establezcan controles sobre los precios, tanto en el área de producción como en la de comercialización, reimplantando la ley económica sancionada durante la presidencia del Dr. Illia.
- * La implantación de un Formulario Terapéutico Nacional de Monodrogas, que incluya las drogas básicas necesarias y probablemente eficaces, eliminando los nombres de fantasía e imponiendo la denominación genérica o científica de las mismas.
- * El control de la información técnica y científica sobre medicamentos por parte de los organismos oficiales, científicos y gremiales, suprimiendo la promoción comercial que actualmente realizan los laboratorios de especialidades medicinales.

* La jerarquización del Instituto Nacional de Farmacología, para que centralice la información e instrumente los mecanismos de control y regulación de la industria farmacéutica.

* La denuncia de la adhesión al Convenio de París sobre patentes, para posibilitar que se produzcan en el país las drogas básicas que aseguren el autoabastecimiento y se restrinja la transferencia de divisas en concepto de regalías.

— Aunque difícil y conflictivo, el tema de las Obras Sociales no pueda estar ausente de ninguna consideración sería de reorganización del sector salud. Resulta de indudable justicia que el control de los organismos financiadores pertenezca a los sindicatos, ya que los beneficios provenientes del sistema constituyen ventajas logradas por los trabajadores en su legítima lucha por mejores condiciones de vida y de trabajo. Sin embargo, un elemental principio de equidad y una efectiva práctica solidaria entre la población trabajadora, harán necesario eliminar la fragmentación que deriva en diferente capacidad financiera y diferentes condiciones de acceso a la atención, en perjuicio de los sectores laborales con menores retribuciones y menor capacidad de organización y lucha.

Es posible que la Integración de organismos provinciales, controlados y dirigidos por sus directos beneficiarios, contribuya a la definición de necesidades y prioridades en materia de atención médica, a una adecuada utilización de la capacidad instalada existente y a la Integración paulatina en un Sistema Nacional de Atención Médica, único, igualitario y gratuito para la totalidad de la población del país.

REFERENCIAS

- (1) Sobre la articulación entre salud y sociedad se ha producido en los últimos años una copiosa bibliografía en la que se destacan los siguientes trabajos: Condi, Laura: "Estructura social y medicina" en Medicina y Sociedad Ed. Fontanella, Barcelona 1972, Donnangelo, María Cecilia Saúde e Sociedade, Livreria Duas Cidades, Sao Paulo 1976, García, Juan César, La educación médica en América Latina Publicación Científica n.º 225. O.P.S., 1976, Vasco Uribe, Alberto, Salud Medicina y Clases Sociales. Ed. Lealón, Medellín, 1975, Córdoba, Hesio y Zavalata, Hernán "Análisis de la práctica médica en América Latina: alternativas y tendencias" Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud, n.º 13, 111-131, 1979, Laurell, Cristina "La sociedad en el proceso de salud enfermedad" Cuadernos Médico Sociales N.º 19, 1982, Navarro, Vicente: "Clas social, poder político y el Estado y sus implicaciones en la medicina" Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 5: 21-31, 1976.
- (2) García Delgado, Daniel R.: "El ascenso del neoliberalismo" Revista CIAS año XXX, N.º 309; 5-43, Bs. Aires, 1981.
- (3) Sobre las políticas de salud y bienestar del primer gobierno peronista: Belmartino, Susana, Bloch, Carlos "La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo" Cuadernos Médico Sociales, 14, 5-26, 1980.
- (4) Una revisión y actualización sobre la problemática del desarrollo latinoamericano y la teoría de la dependencia puede encontrarse en: Cardoso, Fernando H. "La originalidad de la copia: la CEPAL y la idea de desarrollo" Revista de la CEPAL, Segundo semestre de 1977, pags. 7-40, Prebisch, Raúl, "Crítica al capitalismo periférico" Revista de la CEPAL Primer semestre de 1976, pags. 7-73, y Cardoso, F.H., Prebisch, R. y Gneen, R. (coord.) En torno al Estado y el desarrollo CEESTEM/Ed. Nueva Imagen, México, 1982.
- (5) Cf. Navarro, Vicente: "The crisis of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism" International Journal of Health Services vol 8., n.º 2, 1979-211, New York, 1978.
- (6) Cf. Cofen, Noemí, Gutierrez, Sara. Trabajadores y seguridad Social en América Latina Instituto Mexicano de Seguridad Social, México 1981.
- (7) Cf. García Delgado, Daniel, op. cit. en relación al proceso chileno: Brunner José Joaquín "La concepción autoritaria del mundo" Revista Mexicana de Sociología 3 (42): 991-1033, 1980. También Foxley, Alejandro: "Políticas de estabilización y sus efectos sobre el empleo y la distribución del ingreso" Crítica & Utopía, N.º 4, 9-48, 1981.
- (8) Curjel, Alberto; Rodríguez, Octavio: "El modelo de apertura económica" Crítica & Utopía N.º 4, 49-83, 1981.
- (9) Lechner, Norbert: "El proyecto neoconservador y la democracia" Crítica & Utopía N.º 3, 39075, marzo de 1982.
- (10) Cf. García Delgado, D. op. cit.: Brunner, J. C. op. cit.
- (11) Canlitrot, Adolfo: La disciplina como objetivo de la política económica. Un ensayo sobre el problema económico del gobierno argentino desde 1976. Estudios CEDES. vol 2. N.º 6, Buenos Aires, 1978.
- (12) Frankel, R. y O'Donnell, G. Los programas de estabilización convenidos con el F.M.I. y sus impactos internos. Estudios CEDES vol 1, n.º 1, Buenos Aires, 1978.
- (13) Cf. Boletín de la Confederación Médica de la República Argentina "La salud y las plataformas electorales" Buenos Aires, febrero de 1973.
- (14) Comité Federal de la Salud, Pautas para un Seguro Nacional de Salud. Buenos Aires, 1972.
- (15) Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. Tercera Reunión de Autoridades de Salud Pública. Buenos Aires, 1968.
- (16) Cf. Boletín de la Confederación Médica Argentina, op. cit.
- (17) Boletín, op. cit.
- (18) Boletín, op. cit.
- (19) Horacio Rodríguez Castells, Líneas directrices para definir un plan de cambio en el sector salud Mimeo, s.f.
- (20) Belmartino, Susana, Bloch, Carlos, Quinteros, Zulema: "El programa de estabilización económica y las políticas de salud y bienestar: 1976-1980" Cuadernos Médico Sociales, 18:7-40, 1981.
- (21) La Nación, 14-8-80.
- (22) La Nación, 18-10-79.
- (23) Cf. Belmartino, Susana, Bloch, Carlos: "Políticas estatales y Seguridad Social en Argentina" Cuadernos Médico Sociales 22: 3-22, 1982.
- (24) Cheresky, Isidro: "Democracia y autoritarismo en los capitalismo dependientes" Revista Mexicana de Sociología XLII (3): 1071-1105, 1980.
- (25) Cf. Intervención de Pedro Sampaio Mallán en "Mesa redonda: Desarrollo Económico, la problemática mediación del Estado" Crítica & Utopía 4: 141-181, 1981.
- (26) Cardoso, Fernando H.: "La democracia en las sociedades contemporáneas" Crítica & Utopía N.º 6: 25-37, 1982; Castells, Manuel: "La nueva estructura de la dependencia y los procesos políticos de cambio social en América Latina" en Pizzofno, A. Kaplan, M. y Castells, M.: Participación y cambio social en la problemática contemporánea" Ediciones Siap, Buenos Aires, 1975.
- (27) Cf. Lechner, N. op. cit.
- (28) Strasser, Carlos: "A propósito de Germani sobre la democracia" Crítica & Utopía 1: 65-70.
- (29) Germani, Gino "Democracia y autoritarismo en la sociedad moderna" Crítica & Utopía N.º 1: 25-63; dos Santos, Mario; y García Delgado, Daniel: "Democracia en cuestión y redefinición de la política" Crítica & Utopía N.º 7:53-76, 1982.