

El caso del proyecto: "Seguro Nacional de Salud"

Susana Belmartino

1. Introducción. Estado, Organizaciones, Individuo : El modelo democratizador

1.1. La expectativa democrática.

En los primeros meses de 1984, reflexionando acerca de la fuerza que había adquirido en Argentina la reivindicación democrática, comentábamos:

"No puede sorprender esta valorización del juego democrático - de vigencia histórica relativa en el país- si se piensa que tras esa aspiración subyace una no totalmente explicitada convicción de que la generalización de la libre expresión y discusión de ideas, el restablecimiento de los canales de difusión de la información, la recuperación de la capacidad de movilización y apoyo de demandas específicas, asegurarán la afirmación de otra serie de reivindicaciones básicas: el aumento del salario real, la reactivación de la economía en condiciones que aseguren el pleno empleo, la revitalización de la cultura, la efectivización del derecho a la salud y la educación "(1,pg.7).

A dos años de distancia parece evidente que nos equivocábamos. La observación de la realidad argentina actual no parece respaldar nuestra capacidad de vaticinio. Tras esa evaluación de los contenidos de la reivindicación democrática subyacía la idea de que la afirmación de la voluntad popular, en una sociedad que atravesaba una crisis profunda y parecía buscar nuevos caminos de convivencia, debía necesariamente producir un cambio en las relaciones de poder que inclinara la balanza en favor de las mayorías, tradicionalmente excluidas.

Se planteaba en ese trabajo la posibilidad de poner algunos límites a la inmensa concentración de poder en manos de minorías empresarias y tecnoburocráticas, mediante "el desarrollo de nuevos mecanismos de expresión para los amplios sectores de la población que no pertenecen a las grandes corporaciones, no transitan por los corredores de los organismos estatales, no tienen voz en el gobierno de los sindicatos, ni influencia en las manifestaciones de la Curia, ni se sienten totalmente representados por las figuras que se expresan en el Parlamento...".

En aquél momento, sin embargo, no estábamos solos en la formulación de una nueva utopía igualitaria basada en el fortalecimiento de la participación de las mayorías. Se hablaba entonces de una "nueva ideología democrática" como corriente de pensamiento que se había difundido en la última década en América Latina, particularmente en su Cono Sur. Entre sus rasgos fundamentales se definía : "...la

idea de la necesidad de un proceso de fragmentación o socialización del poder... la idea de una restitución (que es a la vez superación) a la colectividad de capacidades y potencialidades parciales que se encuentran perdidas en el juego de estructuras sociales autonomizadas en relación con los hombres y mujeres que las padecen...". (2, pg.12) (subrayado del autor)

También se afirmaba en esos años la necesidad de definir objetivos para la sociedad futura, de tomar decisiones basadas en la elaboración de una voluntad colectiva que debía ser legitimada. Dicha elaboración colectiva y conflictiva de nuevas metas sociales se veía como un camino para la construcción de un nuevo orden social a través de un proceso de "rupturas pactadas" (3).

1.2. El Estado : ¿escenario o actor del "pacto"?

Sobre la ambigua idea de "pacto" volveremos más adelante, por ahora basta rescatar la afirmación de la necesidad de una "ruptura" que, a nuestro entender, sólo puede remitir a la necesaria configuración de un nuevo orden, de nuevas reglas de convivencia, de nuevos modos de hacer política y no solamente de nuevos contenidos para la política

La necesaria redefinición de los acuerdos de base en la sociedad argentina parecía imperiosa en aquél momento en que la crisis que sacudía al país ponía al desnudo contradicciones que no podían referirse exclusivamente a los devastadores efectos del gobierno de los militares, sino que derivaban de procesos verificables de antigua data: los límites que el proceso de ampliación de la participación popular encontraba en las consecuencias sociales del estilo de desarrollo vigente, y la creciente incapacidad de un Estado que se definía como instancia "técnico-neutra" para implementar políticas por encima o por fuera de la puja de intereses sectoriales. (4)

La dinámica del desarrollo histórico argentino de las últimas décadas ubicaba necesariamente bajo sospecha a las instituciones estatales. En primer lugar, por su incapacidad para impulsar el crecimiento económico y asegurar a la vez condiciones elementales de bienestar para la totalidad de la población; en segundo término, por las notorias deficiencias en el ejercicio de su función de arbitraje, de agregación de intereses y compatibilización de demandas sectoriales, indispensable para otorgar verosimilitud a su pretendido objetivo de asegurar el interés del conjunto.

El Estado se encontraba y se encuentra bajo sospecha. Y ello no sólo se debe a la penetración del discurso neoliberal y su defensa del carácter subsidiario de

la acción estatal. También los defensores de una mayor intervención reguladora no pueden dejar de plantearse la necesidad de revisar los límites de su capacidad para implementar una política que, asegurando el crecimiento y la estabilidad, coloque los fundamentos necesarios para recomponer la legitimidad del sistema (5).

Esos límites, en una etapa en que a raíz de la crisis las demandas ante el Estado se multiplican, y cada sector de la sociedad deposita su expectativa de mejora en el hacer o dejar hacer de sus aparatos, aparecen como los obstáculos más serios que debe superar la reivindicación democrática. Ello conduce a la necesidad de interrogarse sobre las condiciones que se encuentran en la base de su emergencia, condiciones que remiten a la política y a las formas de hacer política características de la sociedad argentina.

1.3. El Sistema Político y los protagonistas : la corporativización.

La respuesta a ese interrogante puede encontrarse en parte en el análisis de dos órdenes de problemas estrechamente interconectados, el primero referido a las insuficiencias del sistema político, el segundo a las distorsiones propias de la organización del Estado en tanto aparato.

Los partidos políticos argentinos se han mostrado particularmente ineficaces en la tarea de compatibilizar los intereses relativamente conflictivos que se aglutinan en su seno, de manera de llegar a elaborar una propuesta política clara y definida. En su lucha por llegar al gobierno, el partido político con vocación mayoritaria debe orientar su posición hacia las demandas de su mercado potencial que, aunque se sitúa en una determinada franja del espectro ideológico, puede cubrir una compleja variedad de intereses específicos. De ese modo, coexisten en su interior fuertes diferencias en cuanto a supuestos ideológicos, intereses corporativos, representación de clases o fracciones de clase, influencias regionales, etc., que tornan necesariamente imprecisas sus propuestas y trasladan a su interior conflictos sociales no resueltos.

Esta situación, propia de los sistemas democráticos, se agudiza notablemente en países como el nuestro, en los que el sistema económico carece de una dinámica autosostenida, y sus diferentes sectores dependen de políticas puestas en marcha desde el Estado para mejorar su situación relativa en los procesos de apropiación del excedente generado por el conjunto.

Eso da lugar a un proceso de continua lucha y negociación para lograr mejoras en el interior del sistema, proceso para el cual se ha generalizado en los últimos tiempos la denominación de pugna distributiva(6). Los partidos políticos se han

mostrado en general incapaces de ejercer un rol de intermediación en esa puja y, como consecuencia de ello, este tipo de conflicto no se resuelve en el Parlamento, es decir, dentro de los canales normales del sistema representativo, sino en los organismos dependientes del Poder Ejecutivo, en tanto cuerpos específicamente encargados de elaborar políticas sectoriales.(7)

En general, los protagonistas de esas negociaciones destinadas a compatibilizar intereses sectoriales a partir de la puja en el interior de los aparatos del Estado, han sido las organizaciones intermedias con capacidad de acceso a dichos aparatos y con posibilidades de ejercer presión para lograr la implementación de determinadas políticas. De esa manera se ha producido una corporativización del sistema político, definida por una negociación entre "cúpulas", de tal modo que los acuerdos y compromisos se formalizan sin efectiva intervención de los directamente interesados (8) (9).

Un segundo tipo de límites a la efectivización por parte del Estado de políticas que respondan al interés del conjunto se relaciona con la propia organización del aparato estatal. Para comprender la naturaleza de esos límites hay que considerar que la materialización de cualquier proyecto político exige actuar a través de una burocracia preexistente.

1.4. Burocracia estatal y acumulación de poder.

En Argentina, la continua alternancia de gobiernos con concepciones muy diferentes sobre los fines a los que debe tender y los instrumentos que debe controlar la acción del Estado, ha producido una mayor dispersión y rigidez de esa estructura burocrática, con una gran capacidad de resistencia frente a posibles innovaciones. Esa burocracia se convierte, en muchas ocasiones, en una poderosa barrera entre el diseño de proyectos políticos y su efectiva implementación (10)

Sin embargo, la consideración de las trabas burocráticas no puede limitarse a la idea generalizada de una masa inerte y retardataria, carente de proyecto propio. En muchos organismos estatales existen segmentos tecnoburocráticos que sobreviven al paso de diferentes regímenes políticos, precisamente porque han sabido tejer redes de vinculación de intereses que los relacionan con los representantes de corporaciones y estructuras de poder existentes en la sociedad civil, y les otorgan capacidad de presión sobre los diferentes gobiernos.

Ambos procesos son a la vez causa y consecuencia de la instauración de mecanismos articuladores entre sociedad civil y Estado que neutralizan la potencialidad igualitaria presente teóricamente en los sistemas basados en el sufragio uni-

versal, a partir de la afirmación de una lógica de poder que opera en sentido descendente y no ascendente, como correspondería a un sistema auténticamente representativo, que se basa en la negociación secreta y no en el debate público, en una participación jerarquizada y no igualitaria, dado que cada individuo participa con la propiedad, el prestigio, la capacidad de movilizar recursos y la fuerza que le corresponden en razón de su ubicación en una sociedad dividida en clases (11) (12).

Esas tendencias a la concentración del poder y a la fragmentación del aparato estatal en áreas vinculadas a la diferenciación de intereses existentes en el seno de la sociedad civil, son características de todos los sistemas políticos modernos. Tal como lo sintetiza Bobbio, el Estado contemporáneo no se presenta ya como manifestación de la voluntad colectiva, sino "como una 'inmensa transacción' entre diversos intereses. El instrumento típico de esta inmensa transacción es bastante más el acuerdo informal entre las distintas partes que componen la sociedad civil que no la institución formal y minuciosamente regulada por la constitución, de la ley" (13, pg. 18). Las situaciones de crisis, la incapacidad para responder a demandas percibidas como legítimas, dificultan esa "transacción" y, en países como el nuestro, refuerzan la naturaleza potencialmente conflictiva e inestable de las instituciones políticas.

1.5. Estrategias articuladoras : Concertación vs. Participación

En este tipo de diagnóstico se basa la propuesta de redefinir no sólo los contenidos de la política sino también las modalidades tradicionales de relación entre actores en el interior del sistema político. Nuevas modalidades de intermediación entre sociedad civil y Estado, nuevas formas de representación, parecen indispensables si se piensa en una salida de la situación de crisis que sea algo más que un ajuste coyuntural y una nueva hipoteca proyectada sobre la estabilidad futura.

Entre esas posibles nuevas modalidades articuladoras que renueven las bases de legitimación del sistema político alejando la amenaza del conflicto social, dos han sido propuestas con particular énfasis en los últimos años : la concertación de intereses bajo el arbitraje del Estado, y la participación popular en la definición de objetivos y prioridades de la política estatal.

No siempre claramente delimitadas en términos de posibles actores y potencialidades transformadoras, concertación y participación aparecen reiteradamente como los vehículos propuestos para la conformación de un nuevo "pacto": nuevo ordenamiento de las relaciones sociales que asegure la vigencia de la democracia a partir del compromiso de los diferentes actores en el mantenimiento del sistema

La idea de pacto supone un acuerdo mediante el cual la sociedad redefine sus relaciones fundamentales : adopta un determinado estilo de desarrollo que implica una modalidad particular de resolver la contradicción entre acumulación y distribución, y compromete su respaldo a una determinada forma de régimen político.

1.5.1. Concertación

Entendida como mecanismo de regulación de las relaciones entre actores con intereses contrapuestos y respaldada por la intervención del Estado, la concertación aparece como una réplica legitimada de la negociación corporativa. La mayor potencialidad legitimadora y por consiguiente la mayor eficacia en lo relativo a asegurar la estabilidad del sistema político, provendría de formalizarse a través de un compromiso público y versar no solamente sobre la resolución de conflictos coyunturales sino proyectarse sobre compromisos en metas y objetivos de largo plazo.

Abarcando un amplio espectro que va desde acuerdos limitados a niveles de precios y salarios hasta compromisos sobre inversión y acumulación con las consiguientes repercusiones sobre pautas de desarrollo y distribución de ingresos, las diferentes formas históricas de concertación significan también diferentes posibilidades de adecuación entre democracia liberal y sistema capitalista (14)

Aún en esas condiciones, la concertación no deja de ser una negociación sobre relaciones de poder y en esos términos el Pacto resultante será, en mayor o menor medida, un pacto de preservación del statu quo.

1.5.2. La participación

No siempre diferenciada con suficiente claridad en el lenguaje de los actores políticos, la participación aparece como un mecanismo de mediación y representación con mayores potencialidades transformadoras. En las propuestas más claramente definidas con una orientación anti-statu quo, la participación es planteada precisamente como una práctica política conducente al cumplimiento de objetivos de cambio social.

Un organismo de las Naciones Unidas la ha definido recientemente como "los esfuerzos organizados para aumentar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en determinadas situaciones sociales por parte de grupos y movimientos anteriormente excluidos de aquél control" (15).

La definición transcripta aporta dos conceptos significativos para la eva-

luación del contenido de la propuesta : se habla de los excluidos y se define la exclusión como separación del control sobre determinados mecanismos sociales. La superación de las condiciones de exclusión remite así directamente al ámbito del poder. La participación se plantea como una forma de acción política que tiene como objetivo la transformación de las relaciones de poder, en beneficio de sectores anteriormente excluidos del control de los mecanismos que definen su distribución en el interior de las sociedades modernas.

Otras propuestas refieren directamente a las posibilidades de cambio, asociando la eficacia participativa a la vez con la democracia y la transformación, "con el régimen político y el cambio de las relaciones de poder" (16, pg. -106) y definiendo modalidades de participación que se inscriben en propuestas de reordenamiento social a partir de una apreciación crítica de los sistemas existentes.

1.6. Participación y ciudadanización del individuo

Algunos estudios de caso desarrollados durante los últimos años del gobierno militar, señalaban procesos de activación política que permitían fundar esperanzas en el desarrollo de mecanismos participativos tanto en el interior como por fuera de las estructuras organizativas preexistentes. Los partidos políticos parecían mostrar una nueva capacidad de convocatoria que se manifestaba en los procesos de afiliación, intervención en elecciones internas y campaña electoral. Nuevas formas de organización, nuevos movimientos, inauguraban distintas modalidades de intervención en la escena pública. Reivindicaciones éticas nucleadas en torno a las organizaciones de derechos humanos, demandas específicas por situaciones que afectaban a determinados grupos, la generación de una mayor compromiso con la problemática del ámbito municipal, asociaciones de auto-ayuda y solidaridad barrial, grupos de amas de casa en defensa de sus condiciones de consumo, movimientos de apropiación de tierras, etc., constituían agrupamientos de reclutamiento informal que, bajo diferentes formas organizativas, se mostraban aptos para generar canales de movilización y participación política. (17)

Esos primeros embriones de participación parecen haberse agotado, las nuevas solidaridades entabladas no se han fortalecido, el escepticismo y la desconfianza frente a la política, y la búsqueda de salidas individuales renacen como perspectivas amenazantes para el futuro de la democracia argentina.

Tales movilizaciones implicaban también intentos de avanzar sobre la definición de los contenidos de la política. En parte por el relativo debilitamiento de los liderazgos personales, en parte por la superación de las solidaridades afectivas basadas en vínculos de índole emocional, parecía afirmarse una búsqueda de

nuevas propuestas, de formulación de programas basados en el desarrollo de estrategias particulares de resolución de los problemas percibidos como más apremiantes.

La cuestión relativa a las dificultades que enfrenta el ciudadano común cuando debe manifestar su aprobación o rechazo ante determinados contenidos de una propuesta política, es sin duda una de las barreras que pueden impedir la generalización de la participación democrática. Su posible incompetencia frente a problemas cada vez más complejos, que requieran soluciones técnicas reservadas exclusivamente para ser formuladas por especialistas, está en la base de la idea de una necesaria autonomización de los organismos técnicos del Estado, y su preeminencia en el nivel de las decisiones sobre las instancias político representativas.

Sin embargo, por encima o por fuera de las decisiones técnicas, queda en pie la capacidad de los individuos para discutir en torno al sistema de valores que debe servir de parámetro para la aplicación del conocimiento especializado, sobre todo si se acuerda en que la instancia técnica nunca es neutra, y que existen siempre diferentes opciones adecuadas para servir o no a la afirmación de determinadas formas de relación social.

Si se acepta que la finalidad última del sistema político no es otra que la preservación del hombre (18), correspondería a la ciudadanía el derecho de discutir y definir opciones y prioridades en función de aquellos valores que cada sociedad distingue como más estrechamente asociados a la plena exaltación de la condición humana.

2. La problemática de salud, sistema político y relaciones de poder en el interior del sector.

La problemática de salud exhibe en un nivel concreto las propiedades descritas en el punto anterior.

2.1. Política de salud

Consideramos política de salud al conjunto de acciones y omisiones de los funcionarios estatales que tienen efectos en el interior del sector salud. El sentido de esta definición es procurar la diferenciación entre políticas efectivamente aplicadas y las orientaciones de orden general emanadas de los organismos del Estado.

Las políticas de salud y los consiguientes cambios en la conformación del sector han seguido muy de cerca las transformaciones de índole estructural ocurridas en la sociedad argentina en las últimas décadas. Las modalidades de arti-

culación del sistema político han afectado directamente las relaciones de poder en el ámbito de la organización y financiación de la atención médica. Finalmente, la esfera de salud es particularmente apropiada para una discusión en torno a valores por tratarse de una condición estrechamente asociada a la imagen que cada sociedad se formula de los niveles de bienestar y de desarrollo de sus potencialidades vitales a que tiene derecho cada uno de los seres humanos que la conforman.

Falta todavía escribir la historia de las condiciones socio-políticas que explican la evolución de la organización y financiación de la atención médica en nuestro país. Sin embargo, en una breve recapitulación del proceso histórico argentino pueden señalarse algunos hitos significativos de trascendencia para dicha problemática.

2.2. Variables constitutivas del sistema de salud.

Puede afirmarse que el sistema de servicios de salud actualmente existente es uno de los productos resultantes de las complejas, profundas y frecuentemente contradictorias transformaciones que sufrió la sociedad argentina en los últimos cuarenta años. Los nuevos roles asumidos por el aparato estatal, la complejización de sus estructuras y funciones, las características de la industrialización, su impacto sobre la configuración del mercado de trabajo y la consiguiente estructura del empleo y el ingreso, la expansión y consolidación del movimiento sindical y los cambios ocurridos en el sistema político, son procesos que se encuentran en la base de su emergencia y explican en parte sus características particulares.

2.2.1. La cobertura de salud bajo el Estado liberal

Durante las primeras décadas del siglo las actividades del Estado en materia de salud se canalizan a través del Departamento de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y se centran en el control de las condiciones sanitarias relacionadas con la actividad económica, fundamentalmente la supervisión de la sanidad de puertos y sistema de transporte. También se desarrollan actividades destinadas al control de enfermedades transmisibles, en particular malaria y tuberculosis.

En lo relacionado con la atención médica prestada a individuos, la actividad estatal era mínima, algunos hospitales de jurisdicción municipal o militar compartían la atención gratuita que se prestaba al indigente con aquellos administrados por las entidades de beneficencia

La población con capacidad de pago directo acudía a la actividad médica privada, ejercida fundamentalmente a través del consultorio médico individual y centrada en una práctica poco compleja, con escaso desarrollo de especialidades y limitada incorporación de tecnología.

Muy tempranamente comienza a desarrollarse en el país la cobertura mutual, destinada a proteger a sus adherentes de una serie de riesgos vitales entre los cuales acrecentará paulatinamente su importancia la cobertura de atención médica. Aunque las primeras formas de mutualismo se relacionan con las organizaciones pertenecientes a colectividades extranjeras (italiana, francesa, española, inglesa, alemana) también estuvo representada tempranamente la solidaridad de tipo gremial, bajo la forma de instituciones como la Sociedad de Socorros Mutuos "San Crispín", que en 1856 agrupa a los zapateros, o "La Tipográfica Bonaerense" organizada poco más tarde. El movimiento social cristiano se expresa en 1892 a través de la creación del Primer Círculo Católico de Obreros que proporciona asistencia social y capacitación a trabajadores y sus familias.

A partir de esos primeros núcleos de solidaridad grupal las mutualidades comienzan a multiplicarse: en 1910 se cuentan 560 asociaciones, en 1927 su número llegaba a 1.141 con poco más de 500.000 afiliados. En 1940, 2000 mutualidades cubrían una amplia gama de riesgos, a través de actividades entre las que se contaba en algunos casos prestación directa de atención médica, odontológica y farmacéutica, y en otros el otorgamiento de subsidios para solventar gastos de maternidad o enfermedad, beneficiando a un millón de afiliados directos y sus respectivos grupos familiares.

Estos primeros movimientos solidarios comenzarán a diferenciarse cuando algunos sectores asalariados logren incorporar, junto al aporte de los afiliados, la contribución de los respectivos empleadores, elemento diferenciador que señala, en la década del 40, el origen de las obras sociales (19)

2.2.2. Estado de Compromiso y Participación Ampliada

Es precisamente la década del 40 la que marca el momento de ruptura. Los cambios significativos que se producen en el sistema de atención médica están estrechamente asociados con las transformaciones generales que sufre la sociedad argentina en esos años, en particular con el nuevo compromiso de clases que conforma la base de la estrategia peronista (20). El Estado se amplía, incorporando a la alianza en el poder a los nuevos sectores urbanos surgidos en virtud de los procesos de industrialización, migración campo-ciudad, y crecimiento de los

servicios en general y del aparato estatal en particular. Incorpora nuevos roles y funciones, interviniendo activamente en la esfera económica y reforzando su política social, asegurando a los diversos sectores una participación ampliada en el consumo y los beneficios y oportunidades de una sociedad en proceso de urbanización y modernización crecientes.

Esa nueva actitud del Estado, que se reconoce como responsable y garante de la efectivización del derecho a la salud, se traduce en una expansión sin precedentes de la capacidad instalada del sector público y en un cuerpo de legislación destinado a garantizar condiciones adecuadas en la utilización de la fuerza de trabajo en los diferentes procesos productivos. (21)

Sin embargo, a pesar del papel protagónico asumido por el Estado en esa coyuntura, no puede pensarse su actividad en salud como la manifestación lineal de un proyecto elaborado "desde arriba" e implementado de manera paternalista sobre una sociedad pasiva. Las exigencias de los nuevos sectores incorporados a la producción, que luchan por mejores ingresos y niveles de vida y bienestar, se refleja también en su preocupación por la salud y se manifiesta en modalidades particulares de organización de la cobertura de atención médica, más acordes con sus tradiciones y expectativas que el modelo que se intenta desarrollar desde el Ministerio de Salud, recientemente creado. Como expresión concreta de esas primeras formas de interacción los diferentes grupos laborales logran el apoyo estatal para la organización de regímenes de cobertura de atención médica a través de la forma del seguro social, que constituirán el núcleo del actual sistema de obras sociales.

Es posible seguir el desarrollo histórico de las instituciones de cobertura de salud estatales y para-estatales, creadas a través de una serie de leyes y decretos-leyes cuyo origen puede rastrearse en la actividad desarrollada por la Secretaría de Trabajo y Previsión bajo el liderazgo del entonces Coronel Perón. El primer ejemplo lo constituye la creación en 1944 de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios, más tarde, ya durante el gobierno peronista, el sistema se generaliza en la Administración Pública nacional beneficiando al personal de diferentes ministerios, del Congreso de la Nación, de la Municipalidad de Buenos Aires y de las Fuerzas Armadas. Para la misma época se incorpora a los grandes gremios que nuclean a trabajadores de empresas que, por lo menos en parte, son propiedad del Estado, particularmente bancarios, carne, seguros.

Respecto a las obras sociales sindicales, no parece posible rastrear el ori-

gen de las diferentes organizaciones que obtuvieron apoyo patronal para la cobertura de la atención de salud, sin embargo, hay fundamentos suficientes para suponer que dicho apoyo se logró en la negociación de los respectivos contratos de trabajo. Este proceso también tiene un primer antecedente que data de 1944, cuando, en el ámbito de la Secretaría de Trabajo y Previsión, se crea la Comisión de Servicio Social, encargada de "propulsar la implementación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se prestan tareas retribuidas" (22)

2.2.3. Crisis del Estado Populista

Un segundo hito que es necesario destacar en la consideración histórica del problema se relaciona con los cambios producidos en torno a la segunda mitad de la década del 50 y asociados en general con el agotamiento de la etapa "fácil" de sustitución de importaciones, destinada a la producción de bienes de consumo masivo. A partir de ese momento se abre una etapa de inversiones dirigidas a la producción de bienes de consumo duradero, bienes intermedios y bienes de capital. Se trata de industrias fundamentalmente capital-intensivas que producen una distorsión en el mercado de trabajo donde empiezan a advertirse signos crecientes de desocupación. Parte de la mano de obra excedente es absorbida por el sector terciario, en ocupaciones con muy diferentes niveles de productividad y remuneraciones. La heterogeneidad de las condiciones de trabajo de los diferentes sectores asalariados refuerza, seguramente, el particularismo y la fragmentación que se encuentran en la base del sistema de obras sociales (23)

Esa relación con los cambios en la conformación del aparato productivo no debe permitir olvidar que en ese momento se producen importantes transformaciones en el interior del sistema político, que podrían sintetizarse aludiendo a la pérdida de vigencia del modelo "populista" de relación entre Estado y masas o, más particularmente, entre Estado y sindicatos (24).

En esa etapa, una serie de planes de estabilización destinados a contener la inflación y paliar el déficit de la balanza de pagos suponen la contracción del gasto público y el salario real - considerados elementos determinantes del proceso inflacionario - con la consiguiente caída de la demanda interna de bienes y servicios y la limitación de las políticas sociales aplicadas por el Estado (25).

El sector salud se ve afectado por las consecuencias de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto en salud del Estado Nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e

incluso en el deterioro de la existente. Aún superada la fase recesiva, la crisis fiscal del Estado emerge como explicación reiterada de la contracción de sus políticas sociales y la desvinculación de su responsabilidad como garante y financiador del derecho a la salud.

Sin embargo, esa contracción del área de actividad social del Estado no traduce su "achicamiento". Por el contrario, las instituciones estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo. El discurso "modernizante" y "eficientista" pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes.

Mientras la retórica gubernamental enfatiza la necesidad de priorizar acumulación sobre distribución, las contradicciones del sistema político facilitan la reafirmación del movimiento sindical peronista, tras el fracasado intento de control puesto en marcha por la "revolución libertadora" (26). Sin embargo, terminan predominando en la dirigencia obrera las tendencias negociadoras, identificadas de manera general con el vanderismo y los "integracionistas". Se llega de este modo a una situación de equilibrio inestable en la relación Sindicatos- Estado que permitirá el establecimiento de canales de comunicación más o menos fluidos entre los trabajadores organizados y la burocracia gubernamental (27) (28).

2.2.4. Tercera etapa : expansión y recomposición del sistema

Un tercer momento nodal en la articulación interna del sector salud, con consecuencias de singular importancia para la totalidad de los actores comprometidos, es la sanción en 1970 de la ley N° 18.610, que determina la obligatoriedad de la afiliación al sistema de obras sociales para todos los trabajadores en relación de dependencia.

La trascendencia de la medida en cuanto a su impacto sobre las modalidades de organización y financiación de los servicios de atención médica y la distribución de poder en el interior del sector salud y aún fuera del mismo, sólo puede ser calibrada en perspectiva histórica, con un análisis exhaustivo del juego de alianzas y negociaciones a que dió lugar el exponencial aumento de la capacidad financiera de las obras sociales y la forma particular de organización de la cobertura de atención médica que resultó privilegiada : aquella centrada en la contratación de servicios con el sector privado.

El importante flujo financiero derivado de la expansión de la cobertura social estimula la ampliación de la capacidad instalada de la empresa médica privada. Aumento del recurso cama y de la disponibilidad de tecnología, participa-

ción de capitales no médicos, incorporación de modalidades de gestión empresarial, significa una redistribución de poder en el interior del sector y la incorporación de nuevos actores con significativa capacidad de presión.

Una correcta apreciación de la trascendencia política de la ley de obras sociales condujo al gobierno de las Fuerzas Armadas a plantear la necesidad de su derogación en 1978. La intención de quitar bases de sustentación al movimiento obrero se insertó en la política más amplia de despolitización de la sociedad civil y desmovilización de los sectores populares (29) (30). Eficazmente apoyado en una ideología de corte liberal que negó valor a principios de solidaridad nacional y grupal hasta ese momento universalmente aceptados, marcó un nuevo rumbo en la recomposición de las relaciones de poder en el interior del sector salud.

2.2.5. La concertación tecnocrática

Mientras ese complejo proceso se va desarrollando, las manifestaciones doctrinarias del pensamiento médico reflejan las contradicciones en el interior del cuerpo profesional y la manera como sus representantes intentan conservar o recuperar posiciones en un sector en reordenamiento, cuyas crisis repiten, en ocasiones de manera ampliada, las crisis más generales de la sociedad en la que se inserta.

Sin embargo, la estrategia del sector profesional no se limita a la producción de ideología. En algún punto del proceso que sería necesario precisar comienza a establecer puentes de interacción con los organismos del Estado y, a través de éstos, con los representantes sindicales, abriendo un espacio de contactos y negociaciones en el que se definirán gran parte de las políticas aplicadas en el sector.

Este proceso se vio favorecido por el mantenimiento durante muchos años en los niveles de decisión de la Secretaría de Seguridad Social de un grupo técnico, partidario de una política de negociación con las entidades intermedias de la sociedad civil. Con mayor o menor poder según los diferentes gobiernos que se sucedieron, dicho grupo mantuvo contactos fluidos con las organizaciones representativas de los profesionales y el movimiento obrero, y bajo su intermediación se concertaron las políticas destinadas a regular las relaciones entre prestadores y obras sociales.

Portador de una ideología "privatizante" en el sentido de defender un retroceso relativo de la acción del Estado en el terreno de la prestación de servicios de salud y el estímulo al crecimiento de la capacidad instalada privada, su estra-

tegia general no se dirigió a facilitar la penetración del gran capital, sino en mayor medida a fortalecer las entidades intermedias sin fines de lucro.

2.3. Constitución actual del mercado asistencial

La atención de salud en Argentina se encuentra hoy dividida en tres subsectores, cuyas características particulares y modalidades de vinculación es necesario analizar en profundidad para poder evaluar correctamente las propuestas políticas destinadas a aportar soluciones a la presente crisis.

2.3.1. Las obras sociales

Para una análisis de tipo histórico político es necesario introducir algunas distinciones en el conjunto de las obras sociales que conforman el sistema de financiación de la atención médica para la totalidad de la población asalariada y sus dependientes. Se hace necesario diferenciar en primer lugar las obras sociales sindicales - que actualmente suman 229 instituciones con casi seis millones de beneficiarios - organizadas y administradas por las entidades representativas del movimiento obrero; las de administración mixta, que proporcionan cobertura a 8.5 millones de personas y, agrupando al personal de diferentes organismos y empresas estatales, son administradas por representantes de los beneficiarios y del Estado; las obras sociales del personal de dirección de empresas, las obras sociales estatales, y las rígidas por convenio empresa-sindicato. Todas ellas integradas en el Instituto Nacional de Obras Sociales, y actualmente bajo el régimen de la ley N°22.269, promulgada bajo el gobierno militar. Fuera del régimen de dicha ley es necesario mencionar, además, las obras sociales provinciales y las correspondientes al personal de las fuerzas armadas y de seguridad. En conjunto 399 instituciones que proporcionan cobertura de asistencia médica y otras prestaciones de diverso tipo a un número no precisado de personas que se estima alrededor del 65% de la población total del país.

La heterogeneidad y complejidad del conjunto no se limita, sin embargo, a las diferentes administraciones y la diferente sensibilidad a presiones de orden político; existen diferencias importantes en los criterios de agrupamiento de los beneficiarios y la correspondiente efectivización de la solidaridad grupal: en algunos casos por rama de actividad, en otros por jurisdicción administrativa o por pertenencia regional, ubicándose en el último grado de fragmentación las obras sociales por empresa.

También es posible señalar diferencias en los beneficios otorgados, en la forma de efectivizar las prestaciones médicas mediante servicios propios, con-

tratados, o ambos - en los procedimientos administrativos y los co-seguros aplicados. Las más importantes surgen probablemente de la disparidad en la disponibilidad de recursos, derivada del número de beneficiarios, el nivel de salarios de los mismos, y la existencia o no de "aportes especiales" provenientes del Estado o de imposiciones específicas sobre determinadas actividades de índole comercial o financiera.

El debate político en torno a las obras sociales se ha centrado en los últimos años en el sistema de gobierno de las entidades administradas por sindicatos, en estrecha relación con la afirmación del poder sindical y la expansión de su capacidad de negociación y convocatoria.

Existe, en realidad, una primera contradicción entre la intención por parte del Estado de absorber el sistema de obras sociales, o por lo menos su control, y su histórico desentendimiento del problema, dejando en manos de los sindicatos la organización de la cobertura para sus afiliados, ocupándose de aportar soluciones sólo en su carácter de empleador, y negociando con los dirigentes concesiones políticas a cambio de comprometer el futuro de un sistema destinado a garantizar la salud y el bienestar de millones de argentinos. Otra contradicción, no menos importante, se plantea entre una proclamada solidaridad nacional de la clase trabajadora argentina y la reproducción en el sistema de seguridad social de la heterogeneidad del mercado laboral, fundamento de profundas diferencias en las condiciones de vida y de trabajo de los distintos sectores asalariados y de una visión limitadamente particularista que atiende fundamentalmente a alcanzar objetivos grupales.

Sin embargo, el problema técnico y financiero parece ser el más acuciante en la actualidad. El costo creciente de la atención médica y el empobrecimiento absoluto y relativo del sector asalariado ponen en serio peligro la supervivencia del sistema y hacen más irritantes aún sus desigualdades internas. Esto debería constituir un toque de alerta no sólo para sus beneficiarios sino también para los profesionales de la salud que lograron mantener, a su amparo, las modalidades globales de la práctica liberal. De hecho se podría afirmar que el sistema de seguridad social argentino más que cumplir su función tradicional de garantizar la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo, ha servido para producir y afianzar un determinado modelo de práctica médica, con altísima proporción de atención sanatorial, altamente especializado, con empleo de tecnología sofisticada y costos elevados.

Lamentablemente, la mayor parte de las referencias a las raíces históricas

del sistema de obras sociales se hacen, no para desnudar sus contradicciones, sino para defender políticas de mantenimiento del statu quo. Puede ser beneficioso mirar hacia atrás para observar cómo se fueron gestando los organismos de cobertura de salud, y de qué manera influyó en su consolidación la particular conformación del sindicalismo argentino y su conflictiva relación con los aparatos del Estado. Pero ese enfoque de tipo histórico de ninguna manera aporta argumentos para eludir la responsabilidad por cambiar relaciones de fuerza que actúan en detrimento del derecho al acceso a una salud igualitaria, no avala el particularismo y las políticas de negociación que consideran sólo intereses grupales, ni justifica la visión "patrimonialista" de las obras sociales, más propia de gremios medievales que de sindicatos modernos.

Por otra parte, parece necesario señalar que el indispensable movimiento hacia la búsqueda de soluciones de conjunto debe ser apoyado y estimulado por un cambio de actitud por parte de los otros sectores interesados en el problema y particularmente en el Estado. No es posible exigir a un sector que ha visto sus ingresos drásticamente reducidos que asuma solidariamente la cobertura de sus riesgos vitales en un proceso que, si se lo deja librado a sus propios recursos, no tendrá otra salida que la "nivelación hacia abajo", traduciéndose simplemente en compartir los problemas de defianciación y el desorden administrativo y financiero que constituye la situación actual de muchas obras sociales, en particular las que sufrieron la intervención militar.

2.3.2. El subsector privado

Comúnmente se asocia la expansión sostenida de la capacidad instalada del subsector privado en los últimos años con la extensión de la cobertura social derivada de la ley N°18.610 y la afirmación del sistema de seguros privados destinado a la población de mediano y alto poder adquisitivo.

Sin embargo, las modalidades particulares de organización del sistema privado de producción de servicios de atención médica han resultado sólo en parte de la evolución de la demanda solvente, también han tenido peso, en ciertos aspectos determinante:

I. Las concepciones dominantes en torno al saber médico : la consideración de las posibilidades y límites de la "intervención" médica en diferentes áreas de problemas sociales, la definición de las condiciones de excelencia de la atención, la división técnica del objeto de trabajo médico, los progresos en las condiciones de eficacia de la actividad curativa, la evolución de las funciones de

control social asociadas a la práctica médica.

II. El desarrollo de otras ramas de la producción de carácter subsidiario, en particular las destinadas a la elaboración de fármacos y la fabricación de equipos de diagnóstico y tratamiento.

III. Las modalidades asumidas por las variables políticas relacionadas con la atención de salud, en particular las características de la intervención del Estado : control, fiscalización, regulación, prestación directa de servicios, etc. (31)

En el mercado de atención médica el sector privado absorbe la demanda solvente, aquella con capacidad de pago directo o cubierta por alguna forma de seguro social (obras sociales, mutualidades) o seguro privado, en general bajo las modalidades de libre elección del profesional y pago por prestación. El móvil de su actividad es la generación de un beneficio, aunque en la práctica concreta eses beneficio pueda asumir formas que van desde la retribución del trabajo personal hasta la valorización de un capital invertido en instalaciones, equipos, o contratación de profesionales retribuidos mediante salario. Del mismo modo, la organización de la práctica puede variar desde el consultorio individual aislado hasta las grandes empresas médico sanatoriales.

Esa heterogeneidad organizativa ha inflido sin duda en la diferenciación interna que se ha producido en el sector y en el diferente impacto de los dos procesos que han caracterizado de manera más significativa su evolución en las últimas décadas: la especialización y la incorporación de tecnología de alta complejidad.

En general se considera a la especialización como un proceso que deriva naturalmente del avance científico y del creciente caudal de conocimientos que un profesional debe incorporar para mantenerse actualizado en su campo específico de actividad. Sin embargo, en el ámbito de la atención médica se ha producido un proceso de multiplicación de nuevas especialidades y subespecialidades muchas veces asociadas con el dominio de algún procedimiento técnico o el manejo de determinado instrumental particularmente rentables.

El desarrollo de la especialización ha tenido influencia sobre las condiciones de organización de la atención médica, acentuando la complementariedad y la dependencia entre profesionales, como única forma de lograr la comprensión de la totalidad de los procesos que actúan sobre el organismo humano. Estos cambios en las condiciones de trabajo están estrechamente ligados al cambio de las condiciones institucionales en las que dicho trabajo se realiza: las nuevas técnicas de

diagnóstico y terapéutica, la necesaria cooperación entre especialistas, y el creciente costo de los equipos ha determinado el desarrollo de la atención en grandes organizaciones médicas.

Sin embargo, no siempre la agrupación supone el trabajo en equipo. Muy frecuentemente el profesional especializado considera tan sólo el objeto inmediato de su actividad, y aborda la patología tratada como un problema cuya solución se encuentra en los límites de los instrumentos técnico científicos bajo su dominio, tendencia que conduce también a definir las necesidades del paciente en términos de lo que él mismo tiene para ofrecerle. La fragmentación del objeto de trabajo médico obstaculiza la comprensión del paciente como unidad compleja, estimula la visión biológico mecanicista que lleva a procurar tan sólo la recuperación del órgano o sistema afectados, y rechaza la consideración de los condicionantes familiares o sociales de los procesos de enfermedad (32).

En cuanto a la segunda tendencia mencionada, la incorporación no siempre criteriosa de tecnología de alta complejidad y elevado costo, hace tiempo ya que preocupa a los analistas de las modalidades de organización y financiamiento de los servicios de salud en razón de la creciente importancia que se le otorga en el alza alarmante del costo de la atención. Menor repercusión, pero igual o mayor importancia, tiene el análisis de las causas de su creciente e indiscriminada difusión, y las consecuencias de la misma sobre la educación médica, la relación médico-paciente, las relaciones interprofesionales y las entabladas entre profesionales e instituciones de salud (33) (34).

Para un correcto análisis de las dimensiones del problema es necesario, en primer lugar, tener en cuenta que el desarrollo de los modernos equipos de diagnóstico y tratamiento (del mismo modo que los avances en materia de producción de drogas con efectos específicos sobre determinados procesos biológicos) conectan el problema de la atención de salud con las necesidades de la acumulación de capital a escala mundial, y con la situación de dependencia financiera y tecnológica de los países periféricos. Tanto la aparatología médica como el medicamento se inserta como un eslabón en la cadena de la dependencia, sufriendo las presiones y deformaciones emanadas de la propaganda de los intereses industriales y comerciales que respaldan su incorporación masiva en el mercado nacional, a la vez que la demanda de una población de médicos y pacientes que valorizan por encima y por fuera de cualquier evaluación crítica los modelos de consumo dominantes en los países centrales.

Como consecuencia de esa efectiva penetración de modelos culturales, la apa-

ratología de alta complejidad es incorporada a la práctica médica sin una evaluación precisa de su eficacia sobre el desarrollo de la patología a la que se aplica, su efectividad en términos del efecto social global de su incorporación a la gama de recursos terapéuticos disponibles, su seguridad en cuanto a los riesgos de posibles efectos iatrogénicos de cada procedimiento o innovación farmacológica.

Más allá de estas determinaciones de tipo general, también la forma de retribución de las prestaciones, el tipo de financiación adoptado y las modalidades dominantes de organización de la práctica y formación del recurso humano tienen un importante lugar en la explicación de la amplia y masiva aceptación de los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En lo referente a financiación, existe consenso más o menos general en que el pago por terceros en base a prácticas o unidades de servicio estimula la incorporación de procedimientos costosos y la sobreprestación. Es indudable que el Nomenclador actualmente en vigencia retribuye mejor el uso de la máquina que la capacidad, el criterio y el tiempo médicos dedicados a tratar integralmente al enfermo o controlar la salud del sano. Esto se relaciona también con el modelo de práctica que privilegia la especialización y, por consiguiente, la fragmentación del saber y la pérdida de la concepción del hombre como totalidad.

La reconocida influencia que ha tenido el Nomenclador de prestaciones médicas en la conformación de un determinado modelo de práctica, puede servir como ejemplo de las deformaciones que produce la capacidad reguladora del Estado cuando no existe - o resulta voluntariamente soslayada - una definición clara de los objetivos que debe cumplimentar el área sobre la cual dicha regulación se ejerce.

En el tema de la repercusión de las políticas estatales (explícitas o implícitas) sobre la conformación de las modalidades de la práctica médica, es necesario señalar que la tendencia privatizante que dominó el conjunto de las políticas sociales bajo el gobierno militar, condicionó el reforzamiento de un modelo de práctica que tiene sus raíces en el período anterior, pero se afirma en esos años, agudizando sus rasgos deformantes en el sentido de una creciente mercantilización de la atención de salud.

Entre esas características definitorias del modelo médico hegemónico(35), tienen particular importancia la orientación biologista, curativa, la configuración autoritaria de la relación médico-paciente, el fuerte componente tecnocrático, el creciente peligro de iatrogenia y las características no igualitarias de la provisión de servicios a la población.

Esos rasgos le confieren un sesgo que acompaña y replica las características

dominantes del desarrollo socio-político argentino de las últimas décadas en el sentido de que, al igual que dicho desarrollo, se define como concentrador y excluyente. Es concentrador porque supone diferencias muy marcadas para los diferentes grupos sociales en cuanto a las posibilidades de acceso a la atención, y también por la notoria estratificación que produce en los ingresos de los profesionales de salud en beneficio de las prácticas con mayor componente tecnológico y mayor nivel de especialización, agudizando de ese modo las deformaciones existentes en la capacitación y utilización del recurso humano en salud. Es excluyente porque separa a la mayoría de la población de la posibilidad de controlar sus condiciones de salud, del conocimiento de los determinantes de su situación de enfermedad, y del poder de decidir sobre el tipo de acciones de salud que se adecuan mejor a sus necesidades.

2.3.3. El subsector público

Los efectores del subsector público han resultado particularmente perjudicados por la política de contracción del gasto estatal en salud. Aunque existen situaciones diversas como resultado de las políticas aplicadas en diferentes jurisdicciones, puede hablarse en general de deterioro de edificios, clausura de camas, falta de elementos indispensables para la atención, magra retribución a los profesionales. Sin embargo, pese a todas sus carencias, es en la recuperación del sector público donde se concentran las mayores expectativas de superación de los rasgos negativos del modelo de atención médica dominante.

Dicha recuperación constituye, además, una exigencia de mínima equidad, si se considera que los efectores del Estado representan el único recurso de atención médica para la población sin cobertura o con cobertura insuficiente, considerablemente engrosada en los últimos años por la crisis del aparato productivo, el aumento del sector cuentapropista, y las dificultades financieras de la seguridad social.

El cambio en el modelo de atención puede pasar en primer lugar por asegurar condiciones básicas de salud a través de actividades preventivas y una detección precoz de los problemas, con profesionales de formación fundamentalmente clínica. Una red de centros periféricos con efectiva inserción en la población beneficiaria puede resolver los problemas de salud de la misma sin esperar la demanda espontánea, y el hospital constituir un lugar de derivación para aquéllos que efectivamente necesiten una atención más especializada y compleja.

Las consideraciones en torno a una práctica de atención de salud de menor

complejidad tecnológica, apta para dar respuesta a los problemas de salud de importantes porcentajes de la población, no pasan por la propuesta de implementación de una medicina "barata". Por el contrario, se trata de asegurar los recursos necesarios, pero en la forma más adecuada para solucionar los problemas de la población cubierta y no con la mira puesta en la necesidad de proporcionar estímulo a la medicina de mercado.

Se considera que la solución del problema no reside en trasladar el mayor peso de la atención de la población al hospital público, conservando el mismo tipo de organización de la práctica: curativa y altamente intensiva en el uso de tecnología. Por el contrario, parece necesario cambiar los parámetros fundamentales de organización de los servicios de manera de otorgar a cada individuo la atención que requiera y atacar las carencias comunitarias con las armas adecuadas, ya sea que pertenezcan al sector salud o a otros sectores complementarios. En efecto, es probable que la solución de los problemas de salud de la población tributaria del sector público pase en mayor medida por la asignación de recursos en áreas extrasectoriales: vivienda, servicios sociales, educación, y para la atención de salud quede la función más inmediata de la detección del problema, la contención de sus efectos más nocivos, la rehabilitación y reintegración del individuo a su medio social.

Todo esto, por supuesto, implica una concepción de la salud/enfermedad como problema social: el personal de salud debe preocuparse por el individuo y por el medio en el que ese individuo se desenvuelve, y debe tener la posibilidad de apelar a soluciones extrasectoriales cuando la raíz de los problemas individuales esté más allá de las posibilidades preventivas y terapéuticas de su práctica.

Por supuesto, los cambios no pueden quedar limitados al sector público. Todo el sistema de servicios deberá ser paulatinamente reorganizado si se quieren eliminar las contradicciones emergentes de la superposición de recursos en unas áreas y las carencias de los mismos en otras. La concepción de una "puerta de entrada" al sistema por medio de instituciones de complejidad mínima integradas a los lugares de vida y de trabajo de la población cubierta, y la organización de canales de derivación que aseguren la atención de los problemas más complejos, exige la planificación del sistema. El organismo estatal a cargo de la regulación de las actividades de salud deberá diseñar una red de instituciones de complejidad creciente, utilizando la capacidad instalada existente pero eliminando la anarquía derivada de la superposición de recursos y la multiplicidad de vías de acceso a los mismos. La atención programada sobre la base de la composición de

la población cubierta y un diagnóstico preciso de sus necesidades significará también una valla de contención para los abusos derivados de la sobrepráctica.

3. El Seguro Nacional de Salud : ¿ puja por el poder o discusión en torno a valores ?

3.1. El debate sobre las obras sociales

El actual debate sobre el futuro de las obras sociales, estimulado por la presentación ante el Congreso de un Proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud, constituye un modelo adecuado para analizar contenidos y orientaciones de la discusión política sobre salud en Argentina.

En efecto, parecería que cada una de las partes implicadas centrara el debate en torno a la defensa de su cuota de poder en el sector, sin detenerse a analizar si el sistema de servicios cumple sus objetivos, ni preocuparse por deslindar las causas estructurales de sus limitaciones.

No se cuestiona la escasa vigencia que el sistema actual otorga a principios generalmente aceptados a nivel retórico : solidaridad, integralidad de las prestaciones, igualdad de beneficios, accesibilidad, etc. Nadie se pregunta cuál de las modalidades propuestas permitirá dar una más eficaz respuesta a las necesidades de la población cubierta; nadie se preocupa por comenzar siquiera a definir esas necesidades.

Tampoco se intenta discernir la relación existente entre las limitaciones del sistema y las formas de organización dominantes : qué ventajas y desventajas supone la multiplicidad de instituciones financiadoras ; cuáles fueron las causas por las que se fue abandonando gradualmente el desarrollo de servicios propios y se generalizó la contratación con el subsector privado; qué beneficios e inconvenientes derivaron de ese proceso; hasta qué punto se aceptó sin discusión la ideología médica dominante; en qué medida la población cubierta se beneficia efectivamente con la aplicación de modalidades de contratación basadas en la libre elección del profesional y el pago por prestación; hasta qué punto el sistema de contratación actual obstaculiza la vigencia del principio de integralidad de las prestaciones, etc. etc..

En realidad, se trata de un debate de muy larga data en la sociedad argentina. Sus últimas manifestaciones se refirieron a los contenidos de la que sería después la ley N°22.269, reformadora de la 18.610, ley de obras sociales promulgada bajo el gobierno de Onganía. El nudo del conflicto, entendido como el eje

en torno al cual se polarizan las diferentes posiciones, ha sido tradicionalmente -y con mayor fuerza bajo el gobierno militar- el futuro de las obras sociales sindicales, en la medida en que constituyen uno de los principales mecanismos de afirmación del poder sindical, tanto en términos económicos como políticos.

A ese contenido vertebrador del problema, que convierte a la discusión en una puja en torno a relaciones de poder, con escasa o nula referencia a la específica política de salud que el Estado y las obras sociales deberían llevar adelante, se incorpora ahora, ante el proyecto emanado del gobierno radical el problema del "estatismo", definido por sus oponentes como una excesiva ingerencia del Estado en la actividad de las organizaciones intermedias.

Contra lo que podría suponerse en una evaluación superficial, las posiciones en relación a los dos ángulos del debate no son coincidentes. Aquellos que avalan o avalaron la intromisión del Estado en las obras sociales sindicales, con frecuencia se definen como antiestatistas cuando se aborda el problema de la capacidad reguladora del Estado en los aspectos relacionados con la organización de los servicios y las modalidades de contratación de los mismos, o se discute la posibilidad de que el sector público recupere un rol protagónico en su prestación.

Este nuevo aspecto de la polémica desnuda y amplía la índole de su contenido: se debaten relaciones de poder insertas en una concepción corporativa de las relaciones entre Estado y Sociedad Civil. El avance del Estado sobre las obras sociales -apoyado por algunos sectores en tanto debilita la capacidad de presión de los sindicatos- no se defiende como un avance de las instituciones representativas en su función de compatibilizar intereses y conducir al bienestar del conjunto. Por el contrario, se lo promueve en tanto estrategia que puede debilitar al contendiente en la puja corporativa que se desarrolla en el interior de los aparatos de ese Estado.

Quedan fuera del debate las otras opciones que deberían definirse en la futura ley de Seguro: en particular las referidas a la futura organización de los servicios de atención médica, de tan importantes consecuencias para el futuro de la salud de los argentinos. Ante el presunto "estatismo" no se despliegan las virtudes de la "privatización", fácilmente verificables en la medida en que el crecimiento de la empresa privada de índole lucrativa estimuló el afianzamiento del modelo de práctica que hemos caracterizado como modelo médico hegemónico y que se encuentra en la base de la triple crisis que sacude al sistema: crisis de

eficacia, crisis de accesibilidad, crisis de costos.

Esa "privatización" supone la afirmación de la medicina de mercado, desterrando la idea de la salud como un derecho y la atención médica como un servicio. Sin embargo, entre las propuestas que la promueven aparecen diferencias que conviene señalar para un mejor identificación de los contenidos de cada una de ellas.

Puede ser útil -para que la población conozca en su integridad los términos del debate- desplegar las diferentes posiciones en conflicto, analizando no sólo sus propuestas, sino también las diferencias que de las mismas se pueden derivar en cuanto al acceso de la población a una atención médica oportuna e integral, la situación de los diferentes sectores de prestadores, el futuro del Hospital público, la afirmación de las organizaciones intermedias, etc. A continuación se intenta resumir cuatro "casos" que encuadran las opciones fundamentales en debate.

3. Cuatro "modelos" de organización y financiación de servicios de salud

	<u>I. Servicio</u>	<u>II. Mantenimiento de las O.S. con tendencia "estatizante".</u>	<u>III. Mantenimiento de las O.S. con tendencia "privatizante".</u>	<u>IV. Seguros privados</u>
ORGANIZACION DEL SISTEMA	Sistema integrado, regionalizado con servicios organizados por niveles de complejidad y población a cargo.	O.S. con efectores propios o contratando con el sector privado, el público y las otras O.S. bajo la regulación técnica y la fiscalización del Estado, no sólo en cuanto al sistema de contratación sino también en la prestación de servicios.	O.S. con efectores propios o contratando con el sector privado y el público. Concertación de precios. Control del Estado sobre modalidades de contratación.	Operativa de libre mercado. Los individuos optan por diferentes formas de cobertura según su inclinación personal y su capacidad de pago.
FINANCIACION	A cargo del Estado. Fondos provenientes del sistema impositivo.	Tendencia a concretar una modalidad basada en principios de solidaridad nacional. Aporte del Estado.	Predominio de la solidaridad grupal.	Individual.
COBERTURA	Universal	Tendencia a la universalidad.	Sectores laborales. Indigentes a cargo del sector público	De acuerdo a la capacidad de pago individual. Indigentes a cargo del sector público.
ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES	Planes y programas. Énfasis en actividades preventivas y de promoción de la salud.	Ésicamente respuesta a la enfermedad. Inclusión de algunas actividades preventivas.	Respuesta a la enfermedad.	Respuesta a la enfermedad.
ACCESIBILIDAD	Igualitaria.	Tendencia a la igualdad.	No igualitaria.	Fuertemente no igualitaria.
PRESTADORES	Distribución del recurso humano médico conforme a las necesidades de la población. Retribución por salario. Sector público prestador exclusivo.	Subsistencia de la multiplicidad de situaciones. Intentos de reordenamiento que aseguren la utilización integral de los recursos existentes. Afirmación del sector público como prestador.	Afianzamiento de la empresa médica privada. Las O.S. no pueden desarrollar capacidad instalada propia. Tendencia al asalariamiento. Concentración en la apropiación del excedente. Sector público a cargo de los "malos negocios": prevención, crónicos, saneamiento.	Afianzamiento de la empresa médica privada. Tendencia al asalariamiento. Mayor concentración en la apropiación del excedente. Debilitamiento del sector público.
Remio Médico	Posible transformación en sindicato.	Posible reforzamiento por la base	Reforzamiento y polarización entre empresarios y asalariados.	Debilitamiento y polarización entre empresarios y asalariados.
Sindicato (en tanto gestor de O.S.)	Debilitamiento	Reforzamiento por la base.	Reforzamiento	Debilitamiento

Las cuatro opciones explicitadas en el cuadro se han discutido en el país en la última década: la columna correspondiente a "Servicio" (I) reproduce las líneas generales del proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud, tal como fue concebido por algunos sectores del peronismo en 1973, en el otro extremo, los "seguros privados" (IV remiten a la propuesta neoliberal impulsada por el

Ministerio de Hacienda en el momento de discutirse la ley N°22.269

Ambos extremos del cuadro pueden considerarse hoy en Argentina modelos "utópicos", ya que los sectores dispuestos a impulsarlos carecen del poder suficiente para hacerlo. El hecho de ser actualmente impracticables, sin embargo, no invalida su consideración, por el contrario, es indispensable tenerlos en cuenta porque se insertan en la perspectiva de largo plazo de algunas de las propuestas actuales. Los modelos que se ubican en el centro del diagrama constituyen, en cambio, los caminos "posibles".

Ninguno de los cuatro modelos puede pensarse como un conjunto cerrado y ninguno coincide exactamente con alguno de los proyectos en disputa. Para aprehender plenamente la compleja realidad en debate hay que pensar en la existencia de zonas grises entre uno y otro, comprendiendo una gama de posibilidades que van desde la máxima estatización a la máxima privatización, donde los diferentes actores políticos insertan propuestas parcialmente diferentes en función de los intereses particulares que representan.

Es posible afirmar, por ej., que la propuesta del Seguro Nacional de Salud coincide básicamente con el modelo II, pero ello en tanto dicha propuesta contiene algunos puntos oscuros en cuanto al alcance que se dará a la regulación sobre el sistema prestador. Mientras no se defina -a partir de la reglamentación o de la puesta en marcha del sistema- hasta qué punto se intenta avanzar por el camino de la conformación de un sistema regionalizado donde la atención se preste en base a planes y programas y no como mera respuesta a la demanda espontánea, no será posible ubicar definitivamente la propuesta, pudiendo deslizarse hacia la zona gris entre los modelos I y II, o bien alejarse todavía más de la idea de Servicio, acercándose al modelo "privatizante".

La propuesta de la C.G.T., en cambio, se acercaría al modelo III, lo mismo que la de algunos voceros del peronismo renovador, que en esta coyuntura han abandonado su tradicional posición cercana al modelo "estatizante". La Confederación Médica de la República Argentina fija su posición en la zona gris existente entre las columnas II y III, acercándose en algunos aspectos a la primera y en otros a la segunda, por el contrario, las Confederaciones Empresarias de la medicina, la U.C.D. y la Unión Industrial se ubican entre los modelos III y IV.

¿Qué sentido puede otorgarse a esta vía de abordaje del problema?

Se trata de desplazar el eje de la discusión, llevándolo hacia aquéllos aspectos relacionados más estrechamente con la problemática de salud, a la vez que desnudar las consecuencias que la puesta en marcha de cada uno de los proyectos podría su-

poner para los diferentes sectores comprometidos. Al primer campo de problemas se refieren las diferencias en cuanto a la regulación de las prestaciones, niveles de accesibilidad, formas de financiamiento. En el segundo se inscriben las definiciones relativas al futuro de la empresa médica y las posibles transformaciones de las organizaciones intermedias (particularmente gremios médicos y sindicatos).

Parece posible afirmar que esta ampliación, o mejor esta explicitación de los términos del debate puede servir para sacar del primer plano el conflicto referido a relaciones de poder y reemplazarlo por una discusión que remita a una ponderación y a una opción entre diferentes sistemas de valores.

3.2.1. Las propuestas "privatizantes".

En las propuestas privatizantes (ubicadas en el sector derecho del diagrama) domina la reivindicación de la libertad como valor defendido en primer término, aún por encima de otros de arraigada vigencia en la sociedad argentina. Libertad de decidir políticas y prestaciones para las organizaciones de trabajadores y libertad de contratación entre tales organizaciones y los prestadores en el modelo III; libertad para el consumidor de elegir la forma de financiamiento que más lo favorezca en el modelo IV.

En la propuesta que defiende la generalización de los seguros privados, la defensa de la libertad remite a la afirmación de opciones individuales, mientras que el otro modelo "privatizante" se relaciona más con la reivindicación de derechos adquiridos por determinados grupos o sectores, sin pesar la posibilidad de conflictos con el interés general o el bienestar de la mayoría.

La afirmación de la libertad como valor supremo, que constituye uno de los núcleos constitutivos de la ideología neoliberal, aparece nitidamente en 1978, por ejemplo, cuando CIMARA, entidad que agrupa a las grandes empresas de seguro privado, tuerca en el debate instaurado en torno a la modificación de la ley N°18.610. Afirma en ese momento que " el legítimo respeto de las libertades y derechos individuales" obliga a garantizar que "cada cual canalice el aporte/contribución sobre sus remuneraciones en forma de poder solventar el sistema de salud libremente elegido" (36). En defensa de un cercano esquema de valores se pronuncia la Confederación de Clínicas y Sanatorios en un documento más reciente, cuando reclama " el prioritario accionar de la iniciativa y la actividad privada, sea a nivel individual o de las instituciones intermedias, por respeto a la libertad y la dignidad del hombre" (37)

En el párrafo transcrito, CIMARA está expresando el pensamiento del equipo de

Martínez de Hoz. En ese contexto la afirmación de los derechos del individuo , , respeto de la iniciativa privada garantizaban el predominio de una racionalidad fundada en la técnica por encima del conflicto inherente a la dinámica política. En relación a esta variable la propuesta se construye sobre la base de la exclusión de aquellos sectores que con sus demandas tornan ingobernable a la democracia.

En cambio, la propuesta de Clínicas y Sanatorios se ubica en un plano ideológico menos definido, acercándose a los valores predominantes en el modelo III.

El pensamiento social cristiano constituye un componente importante de la ideología que fundamenta la propuesta de mantenimiento de las obras sociales privilegiando el sistema de contratación con el subsector privado. En 1979 afirmaba Santiago de Estrada: "... el principio bien entendido de subsidiariedad, tal como lo interpreta la doctrina social de la Iglesia, debe jugar un rol preponderante en los sistemas de seguridad social..."(38) completando más tarde la idea: "... eso no quiere decir que nosotros consideremos que el Estado debe tener la totalidad de la alta conducción y la gestión de esos organismos. Por el contrario , entendemos que la participación de los sectores interesados puede resultar muy conveniente, efectiva, darle una mayor eficacia "(39). En el mismo orden de ideas se apoya la exigencia de la Confederación Médica de asegurar " La participación activa y protagónica de los genuinos interesados : Estado, organizaciones intermedias de la seguridad social, de los prestadores y de aquellos sectores con vinculación legítima en el tema"(40). En el nivel de lo político la propuesta se ubica en torno a la idea de Pacto, y el valor defendido es la concertación. La operativa remite a la negociación entre cúpulas, dentro o fuera de los aparatos del Estado.

La relativa oposición de valores que puede señalarse entre los dos modelos privatizantes indica que la diferencia entre ambos no radica en la simple profundización de una tendencia lineal. Es indudable que existe una cierta fractura. A la solidaridad grupal que conforma la base de sustentación del tipo III, se opone la responsabilidad individual que fundamenta el modelo IV.

En el mismo sentido, a la intervención del Estado que se manifiesta a través de la regulación de las condiciones de contratación, se opone la soberanía del consumidor en el mercado, que sólo reconoce un límite para las posibilidades de elección : el que deriva de su capacidad de pago.

Por parte de las empresas prestadoras de atención médica, en este sector del diagrama la libertad se asocia con la eficiencia como valor que se define en el mercado. El libre juego de la ley de oferta y demanda premia a los eficientes, aunque esa eficiencia no se relacione con resultados relativos a las condiciones de salud/

enfermedad de la población - éstos se dan por supuestos- sino con otro valor que remite directamente a la problemática del beneficio : el de la productividad.

El Hospital Público, -que para la óptica de estos sectores es ineficiente por definición- pretende escapar a esa ley y, protegido por el Estado, competir con la empresa privada en la contratación de servicios. En este punto se abandona parcialmente el valor defendido como prioritario y se postula la necesidad de limitar la actividad del sector público a los malos negocios: pacientes crónicos y actividades preventivas. Sin embargo, también podría relacionarse este punto no con un menoscabo de la libertad en perjuicio de uno de los tres subsectores sino con la función disciplinadora que corresponde al mercado: el efector público sigue el camino de los ineficientes y se ve obligado a asumir el rol que el mercado les asigna : ocuparse de los negocios marginales asociados con la atención del marginal.

Lamentablemente, el argumento no sirve para justificar la propuesta de limitar la capacidad instalada de las obras sociales. Aquí aparece con mediana claridad que la libertad puede sacrificarse cuando opera como obstáculo para el beneficio empresarial.

Desde los prestadores, la apelación a la libertad remite también a la ideología de la medicina liberal: libertad de elección, pago por prestación, libertad de prescripción. La primera de estas libertades obstaculiza una atención por programas y la implantación de una puerta de entrada al sistema; la última impide el control sobre la utilización de medicamentos y la incorporación y utilización de tecnología. En cuanto al segundo principio mencionado, el pago por acto médico, es uno de los vehículos reconocidos de mercantilización de la práctica. Sin embargo, el peso ideológico de estas "libertades médicas" es tal que permean la "estatizante" propuesta de Seguro Nacional de Salud elaborada por el respectivo Ministerio.

3.2.2. Las propuestas "estatizantes".

El tema de la regulación por parte del Estado nos lleva a considerar los valores incorporados como prioritarios en los modelos que se ubican en el sector izquierdo del diagrama. En ellos la intervención estatal se justifica en tanto dirigida a asegurar una accesibilidad igualitaria : el valor comprometido, la igualdad, pertenece a un sistema antagónico al que nutre los postulados del liberalismo, defensor de la supremacía del más apto y la necesaria aceptación de las jerarquías sociales, producto del desigual desempeño de los individuos en el mercado.

La postulación de una mayor intervención del Estado para dar respuesta a las necesidades de las mayorías se encuentra entre los principios que dan origen al Es-

tado de Bienestar. En el momento de su emergencia, durante la segunda postguerra, la movilización de los sectores populares en demanda de mejores condiciones de vida y de trabajo, determinó una ampliación de las políticas sociales del Estado, que ^{relación a su} potenció su función asistencial. En el modelo II la aplicación de esas políticas ^{aquellos sectores que con sus demandas} se realiza a través de la extensión del consumo, en el I, en cambio, se retira a las prestaciones de salud de la esfera de valorización del capital y, negándoseles la posibilidad de convertirse en mercancías, se las otorga como un derecho a través de la forma del "servicio".

Con la apelación igualitaria se articula la afirmación de una solidaridad nacional, superadora de la solidaridad grupal y opuesta a la afirmación de la responsabilidad del individuo en áreas que tocan tan de cerca los derechos vitales del ser humano.

Ambas, la regulación del Estado dirigida no sólo a la contratación de los servicios sino a la misma organización de la atención médica, y la solidaridad nacional, resultan indispensables si se quiere asegurar la igualdad en condiciones de insuficiencia de recursos, como es el caso de la Argentina de hoy. En este conjunto, el valor eficiencia no se define en términos de mayor productividad, sino fundamentalmente en relación con la mejor asignación de los recursos disponibles basada en una estricta definición de prioridades.

Cuando se trata de un Servicio a cargo del Estado, la igualdad aparece asegurada sin mayores contradicciones, en cambio, en el sistema de Seguro, cuando las prestaciones se contratan con otros subsectores, la igualdad se convierte en una aspiración que puede o no llegar a concretarse.

Es en los casos de insuficiencia de recursos donde el protagonismo del sector público en el otorgamiento de prestaciones se convierte en garantía de accesibilidad igualitaria, no sólo porque asegura la plena utilización de la capacidad instalada sino porque facilita la implementación de una atención programada, pone énfasis en las actividades preventivas y reduce la incidencia de la mercantilización de la práctica.

En el orden de los contravalores, la tendencia a la mercantilización y a la medicalización por sobrepráctica, propia del modelo privatizante, aparece contrapesada en ésta por una posible burocratización en el manejo del sistema y el riesgo de medicalización derivada de las actividades preventivas. En efecto, buena parte de estas prácticas, en especial las relacionadas con las conductas individuales, las relaciones interpersonales y la salud mental, llevan implícita una función de

control que se manifiesta como tendencia a extender la esfera de intervención de la medicina sobre áreas de la actividad humana hasta el momento libres de su normatización.

El riesgo de emergencia de este tipo de contravalores, al igual que aquél implícito en la mayor intervención del Estado, puede ser contrapesado con una efectiva participación de los beneficiarios en la definición de prioridades y el control sobre la marcha del sistema. El riesgo emergente de la mercantilización y la medicalización por sobrepráctica, en cambio, sólo puede ser balanceado por una mayor intervención regulatoria del Estado, que no siempre garantizaría la efectivización del interés de la población cubierta.

Desplegados en esta forma los valores en conflicto, la elección puede seguir siendo difícil. Probablemente más que de optar entre libertad e igualdad como valores absolutos se trate, en la coyuntura actual, de definir la preferencia por un mayor grado de igualdad, sacrificando en alguna medida la libertad de los que pueden elegir para asegurar un mínimo de bienestar a aquellos que encuentran comprometida su capacidad de supervivencia.

Referencias

- 1- BELMARTINO, Susana, BLOCH, Carlos " Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina" Cuadernos Médico Sociales, 27:7-22, Rosario, 1984
- 2- FLISFISCH, Angel "El surgimiento de una nueva ideología democrática en América Latina" Crítica & Utopía, 9:11-30, Buenos Aires, 1983
- 3- LECHNER, Norberto, ¿Revolución o ruptura pactada?. Documento de Trabajo nº 182, Programa FLACSO, Santiago de Chile, 1981
- 4- LECHNER, Norberto " El proyecto neoconservador y la democracia" Crítica & Utopía 6: 39-75, Buenos Aires, 1982
- 5- BUSTELO, Eduardo, ISUANI, Ernesto, Estado, política social y crisis de legitimidad Simposio Internacional sobre Políticas de Desarrollo Social en América Latina y el Caribe durante la década de los ochenta. UNICEF/ILPES, Santiago de Chile, 1982
- 6- PREBISCH, Raúl " Crítica al capitalismo periférico" Revista de la CEPAL Primer Semestre de 1976 : 7-73.
- 7- OSZLAK, Oscar, O'DONNELL, Guillermo. Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación Documento CEDES/G.E. CLACSO Nº4. Buenos Aires, 1976
- 8- O'DONNELL, Guillermo, Acerca del corporativismo y la cuestión del Estado . Documento CEDES/ G.E. CLACSO/ Nº 2, Buenos Aires, 1975.
- 9- CARDOSO, Fernando Henrique Estado y Sociedad en América Latina Nueva Visión, Buenos Aires, 1972
- 10- OSZLAK, Oscar. "Privatización autoritaria y recreación de la escena pública" Crítica & Utopía 10/11: 33-49, Buenos Aires, 1983

- 11- CASTELLS, Manuel "La nueva estructura de la dependencia y los procesos políticos de cambio social en América Latina" in A. Pizzorno, M. Kaplan, M. Castells, Participación y cambio social en la problemática contemporánea, Buenos Aires, 1973
- 12- CHERESKY, Isidro " Democracia y autoritarismo en los capitalismo dependientes" Revista Mexicana de Sociología XLII (3):1071-1180, México, 1980.
- 13- BOBBIO, N. "La crisis de la democracia y la lección de los clásicos" in N.Bobbio, G.Pontara y S. Veca Crisis de la Democracia, Ariel, Barcelona, 1985
- 14- GROSSI, Maria, dos SANTOS, Mario " La concertación social: una perspectiva sobre instrumentos de regulación económico-social en procesos de democratización" Crítica & Utopía 9 :127-150, Buenos Aires, 1983
- 15- PEARSE, Andrew, STIEFEL, Matthias. " Participación popular: un enfoque de investigación " Socialismo y Participación 9: 89-108, Ginebra, 1982
- 16- PALERMO, Vicente " Problemas de la participación política en la Argentina contemporánea " Crítica & Utopía 9 :105-123, Buenos Aires, 1983.
- 17- GARCIA DELGADO, Daniel " El ascenso del neoliberalismo" CIAS Revista del Centro de Investigación y Acción Social, Año XXX, nº 309, Buenos Aires, 1981
- 18- dos SANTOS, Wanderley Guilherme. "Teoría política e perspectivas democráticas" in Ordem Burguesa e Liberalismo Político , Livraria Duas Cidades, Sao Paulo, 1978
- 19- BELMARTINO , Susana, BLOCH, Carlos. "Políticas estatales y seguridad social en Argentina" Cuadernos Médico Sociales 22 :3- 33, Rosario, 1982
- 20- MURMIS, Miguel, PORTANTIERO, Juan Carlos . Estudios sobre los orígenes del peronismo, Buenos Aires, 1972.
- 21- BELMARTINO, Susana, BLOCH, Carlos "La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo" Cuadernos Médico Sociales 14: 5-26, Buenos Aires, 1980
- 22- Decreto ley Nº 30.655, 1944, Art. 1º.
- 23- MARSHALL, Adriana. El mercado de trabajo en el capitalismo periférico . El caso de Argentina, Pispal, Santiago de Chile, 1978
- 24- DEL CAMPO, Hugo. Sindicalismo y peronismo. Los comienzos de un vínculo perdurable. CLACSO, Biblioteca de Ciencias Sociales, Buenos Aires, 1983
- 25- FERRER, Aldo et al. Los planes de estabilización en Argentina Paidós, Buenos Aires, 1969
- 26- CAVAROZZI, Marcelo . Sindicatos y política en Argentina, 1955-1958 CEDES, Buenos Aires, 1979
- 27- CAVAROZZI, Marcelo. Consolidación del sindicalismo peronista y emergencia de la fórmula política argentina durante el gobierno frondicista , CEDES, Buenos Aires, 1979.
- 28-PORTANTIERO , Juan Carlos "Economía y política en la crisis argentina, 1958-1973" Revista Mexicana de Sociología XXXIX (2) :528-563, México, 1977.
- 29- CANITROT, Adolfo La disciplina como objetivo de la política económica: un ensayo sobre el programa económico del gobierno argentino desde 1976 . CEDES, Buenos Aires, 1979.
- 30- DELICH, Francisco " Clase obrera: sindicatos y democracia " Crítica & Utopía 2: 96-101, Buenos Aires, 1980
- 31- BLOCH, Carlos , et al. El mercado de trabajo médico (en prensa) Rosario, 1986
- 32- ALARCON, C. BALMACEDA S. "La práctica médica : consideraciones sobre su articulación con la realidad social en Argentina" Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud 14: 123-169. San José de Costa Rica, 1979.

- 33- CANITROT, Carlos H. "Tecnología Médica: el advenimiento de un cambio radical en la Medicina " Cuadernos Médico Sociales 16:21-30 y 17:5-16, Rosario, 1981
34. BANTA, David. "Evaluación de la Tecnología Médica" Cuadernos Médico Sociales 15: 25-32, Rosario, 1981
- 35- MENENDEZ, Eduardo. "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud" Cuadernos Médico Sociales 21: 25-42, 1982
- 36- La Nación 14-VIII-1980
- 37- Confederación Argentina de Clínicas Sanatorios y Hospitales Privados. Posición sobre el rol del Hospital Público y aportes para la regulación de un Sistema Nacional de Salud Mimeo.
- 38- MINISTERIO DE SEGURIDAD SOCIAL. Boletín 14-XII-1979
- 39 - Coloquio sobre Obras Sociales, Medicina y Sociedad 3(3), 1980
- 40- Confederación Médica de la República Argentina. Propuesta doctrinaria sobre pautas para una legislación de un Sistema Nacional de Salud Buenos Aires, 1985. Mimeo.

Rosario, enero de 1986

MARIO:

APROVECHANDO QUE
ESTOY EN TU BARRIO
TE DEJO ESTO PARA QUE
LE DES UN VISTAZO

SUSANA