

LAS POLITICAS DE SALUD EN CORDOBA: ¿Una oportunidad para el fortalecimiento del paradigma asociativo?¹

Mter. Jacinta Buriyovich
Mter. Iván Ase

La profunda crisis política, económica y social que sufre la Argentina desde diciembre de 2001, como consecuencia de la implosión sufrida por el “modelo” instrumentado en los noventa, y que se caracteriza por el abandono de la convertibilidad, el “default”, la deslegitimación del sistema político, la instalación de un fuerte discurso “antipolítica” y, de manera especial, la profunda degradación de las condiciones de existencia de millones de personas, hace ingresar al proceso de reformas de los sectores sociales, en particular, el vinculado a la salud, en un período de suma complejidad e incertidumbre en relación al curso que tomará el mismo en este nuevo contexto.

La dirección de las reformas del sector salud en los 90 se enmarcaba en una fuerte crítica al modelo bienestarista, de centralidad estatal; al que hoy se agrega el fuerte resquebrajamiento que ha sufrido el consenso neoliberal que pretendía sustituir a aquel.

Puede afirmarse que, los episodios actuales tendrán un impacto al interior del sector salud comparable al de otros episodios históricos que marcaron un antes y un después en el desarrollo del mismo, en términos de establecimiento de nuevas reglas de juegos, reconfiguración de actores y distribución de costos y beneficios.

De esta forma, el estudio del proceso de reforma del sector salud ocurrido en las últimas décadas debería tomar como “hitos” referenciales, en primer lugar, la recuperación democrática, luego, la instauración de la convertibilidad y, finalmente, el abandono de ésta con el consiguiente escenario post-devaluatorio.

También es posible afirmar que, en medio de la crisis, ha crecido la movilización ciudadana, la demanda por mayores niveles de participación social en las decisiones públicas y las prácticas asociativas y solidarias. Estaría llegando a su fin el consenso en torno a experiencias de gobierno de tipo “delegativa” a favor de un reclamo por mayores espacios de compromiso, participación y control público.

En este contexto contradictorio, los procesos de reforma estatal, y dentro de éste el del sector salud, han ingresado en un terreno complejo. El final catastrófico del modelo de reforma neoliberal le ha quitado legitimidad social y política a los intentos de perpetuar este camino. Sin embargo, el quiebre del Estado, sumado a los efectos que produce en las sociedades nacionales el proceso de globalización, no otorgarían margen a la ilusión de retornar a experiencias “estatistas” de tipo populistas propias de mediados del siglo pasado.

Es aquí, y en función de algunos de los incipientes cambios que pueden evidenciarse en los comportamientos colectivos, donde puede abrirse el espacio para un proceso de reformas del sector salud asentado sobre el paradigma que denominamos societal y que tiene como eje articulador a la sociedad civil en detrimento del estado o el mercado.

Algunas teorías dentro de las ciencias sociales sostienen que el desempleo, la pobreza, la pérdida de un servicio generan automáticamente una respuesta colectiva de la población afectada. Sin embargo, los fenómenos de acción colectiva son más complejos. Lo que es sentido como una necesidad, carencia o pérdida se erige en la base de la acción pero la forma que ésta adquiere tiene que ver con procesos históricos y con formas de organización aprendidas que conforman un repertorio de acción colectiva² (Auyero, 2001).

¹ El presente proyecto de investigación forma parte del Programa Modernidad y políticas sociales dirigido por el Mter. Carlos La Serna

² “El término repertorio de acción colectiva identifica un conjunto limitado de rutinas que son aprendidas, compartidas y ejercitadas mediante un proceso de selección relativamente deliberado. Los repertorios son creaciones culturales aprendidas que no descienden de una filosofía abstracta ni del “espíritu del pueblo” sino que emergen de la lucha, de las interacciones entre ciudadanos y Estado”. (Auyero, Javier: La protesta. Retratos de la beligerancia popular en la Argentina democrática. Libros del Rojas 2002.

En el ámbito de la salud, la retirada y desmantelamiento del Estado hace que los riesgos ligados a ésta se hayan incrementado dejando a amplios sectores de la población sin protección .

En Córdoba, las dos gestiones provinciales analizadas (Mestre, De la Sota), han producido un proceso de constante degradación del sub-sector estatal en salud (disminución y precarización de la planta de trabajadores de salud, disminución de los presupuestos, deterioro de la infraestructura, fragmentación del sistema, etc.). Sin embargo, y siguiendo a Auyero, estos cambios macroestructurales no afectan la acción colectiva de manera directa sino que impactan en los medios y sentidos de la acción colectiva al modificar intereses, oportunidades y organizaciones.

En este sentido, se hace imprescindible recoger evidencia empírica que nos permita analizar la dirección de estas transformaciones en las nuevas relaciones entre el Estado y los actores sociales del sector; la orientación de las políticas de salud; los procesos de acción colectiva que se están desarrollando (procesos asociativos y/o de protesta) y los paradigmas que subyacen. Este análisis tiene como propósito poder determinar si la ruptura de las instituciones anteriores se acompaña de la construcción de un nuevo consenso que posibilitaría la reconstrucción de otras nuevas, sostenidas sobre un nuevo paradigma.

La orientación de los procesos de reforma del sector salud

La crisis del sector salud en el mundo, y en particular en América Latina, no puede desgajarse de la crisis del estado en general. Por lo tanto, el tratamiento que se le dio a la misma fue condicionado por las características que tuvo el proceso de reforma estatal globalmente.

Sin embargo, aunque la mayoría de los procesos nacionales de reforma sectorial tienen puntos en común, la experiencia de los países en la resolución de los problemas es única.

Esto es así, ya que, en primer lugar los países inician sus procesos de reforma desde diferentes condiciones: los distintos esquemas de financiamiento utilizados, los diversos tipos de contratos, los variados marcos regulatorios y estructuras de incentivos asociados a ellos, implica que los países se vean confrontados con distinta intensidad a los problemas vinculados con las estructuras de financiamiento y entrega de la atención de la salud.

En segundo lugar, los países no tan sólo priorizan de manera distinta los diferentes objetivos en la atención de la salud de sus poblaciones, sino que, a su vez, deben enfrentar múltiples presiones desde los más variados grupos de interés, entre los que se encuentran prestadores de servicios, pacientes, empresas aseguradoras, laboratorios medicinales, burocracia estatal y contribuyentes en general.

Hecha esta salvedad, y tratando de encontrar líneas de convergencia y tendencias comunes entre los distintos procesos de reforma, es posible afirmar que en la mayoría de los casos los problemas han estado ligados al aumento incontenible de los costos, la inequidad en los sistemas de financiamiento, los déficit de cobertura, la ineficiencia en el uso de los recursos, la innovación tecnológica permanente, la baja productividad del trabajo en el sector, el aumento de la insatisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios, entre los más destacados.

En función de esto, los procesos de reforma han pretendido conseguir objetivos tales como eficiencia macroeconómica, eficiencia microeconómica, equidad en el financiamiento y equidad en el servicio de cuidados de la salud.³

Pero, además, la reforma del sector salud se da en el marco de un intenso debate ideológico-teórico. El mismo hace eje en torno a cómo debe considerarse la salud, quién debe pagar por ella y cómo debe ser financiada, el rol o no del estado como garante de la misma, los niveles adecuados de acceso y cobertura de los servicios, el lugar que deben ocupar las regulaciones, la competencia y la libre elección.

Esta discusión tiene sus polos de debate teórico en, por un lado, perspectivas igualitaristas que entienden que la utilización de las prestaciones de la salud no debe ser objeto de elección individual ni depender de la situación económica de cada familia. Por otro, perspectivas de mercado

³ Para un desarrollo más amplio de este punto ver Ase, I. y Burijovich, J. ; “La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”. Revista Administración Pública y Sociedad, N° 13 , Año 2000.

extremas que entienden que cada uno debiera consumir los servicios de salud que quiere y puede adquirir.

El proceso de reforma del sector salud en la Argentina durante los noventa fue inclinándose hacia la segunda perspectiva debido, sobretodo, a la fuerte influencia que tuvieron durante el mismo los organismos multilaterales de crédito

Los organismos multilaterales de crédito, que para la Argentina y en relación con salud son dos, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, han establecido condicionalidades en el financiamiento de las reformas del sector salud⁴. Estas son: las políticas de reconfiguración de la oferta, que implican desde el gerenciamiento del hospital público hasta el proceso de reforma de las obras sociales, la provisión de ingresos directos a algunos demandantes para que “seleccionen” qué segmento del sistema de salud quieren ocupar, la división de funciones dentro del sistema tendiente a separar la financiación de la provisión con lo cual aparecen en la agenda los contratos de gestión que promueven los incentivos a la eficiencia de la gestión hospitalaria y el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad bajo criterios de focalización poblacional.

Aún no se ha realizado una evaluación integral en Argentina sobre el impacto que la implementación de dichas políticas produjo en el sub-sector estatal, una primera aproximación nos permitiría afirmar que se ha avanzado poco en la orientación elegida y que en los lugares donde se lograron pequeños cambios organizativos, éstos cayeron una vez que se retiró la asistencia financiera.

Ahora bien, y retomando la discusión sobre las diversas perspectivas en relación a la salud, puede decirse que cada una de éstas pueden ser inscriptas en corrientes valorativas más amplias y que son las que han dominado el debate en las últimas décadas en torno al rol del estado y su papel en el campo de las políticas sociales, en donde obviamente ubicamos al sector salud.

En realidad, lo que está ocurriendo en los últimos años no es más que la confrontación entre sistemas de creencias sobre salud/enfermedad/atención, cuyo resultado final sería un cambio en el paradigma de intervención del estado en el campo de la salud.

Es necesario, también, considerar que todos estos procesos de reforma en el sector salud están claramente influenciados por los valores, ideas y propuestas surgidas desde el terreno del neoliberalismo que, luego de haber hegemonizado ideológicamente los procesos de reforma económica en América Latina, pretenden (no sin dificultades) acotar los márgenes de decisión técnico-político en los procesos reformistas de los sectores sociales (salud y educación, principalmente), en lo que se define como reformas de segunda generación.

Pero, así como en el campo de la economía las ideas neoclásicas fueron adoptadas casi mecánicamente, en el de las políticas sociales el problema es más complejo. Aquí, las resistencias han sido mayores, aunque, de forma paralela, se estaría construyendo un consenso entre los actores vinculado a asistir a “un final de época” irreversible en torno a lo que, de manera muy genérica y amplia, se define como etapa bienestarista en el campo de la salud.

A raíz de esto, sería posible afirmar que, en tanto todo proceso de reforma en salud se asienta en un cambio en el conjunto de representaciones sobre salud/enfermedad/atención y en el paradigma de intervención, en la actualidad estaríamos asistiendo a una etapa de transición entre el modelo sanitario bienestarista y un modelo emergente que no termina de definirse claramente.

Entendemos este proceso de transición como aquel que va desde la coyuntura en que surgen los primeros indicios de cuestionamiento al paradigma establecido por parte de algunos de los actores relevantes del sistema, hasta la coyuntura en que podemos afirmar el establecimiento de un nuevo modelo de intervención y nuevas reglas de juego. (Belmartino, S.; 1998)

Este proceso no implica un pasaje continuo e incremental de un “estado de cosas” a otro, de determinadas reglas de juego a otras, de un modelo de intervención estatal a otro. Por el contrario,

⁴ La mayor parte de los instrumentos técnicos que se aplicarían a la transformación del sistema a partir de 1995 fueron diseñados por la representación local del Banco Mundial. Por consiguiente, la reforma se asimila generalmente a la filosofía de esa entidad. Belmartino, Susana. “Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina”. Lugar Editorial, 1999.

estos procesos de transición gozan de un alto dinamismo y complejidad ya que están constituidos por las conductas de actores socio-políticos que implican una cantidad de preferencias, deseos y objetivos políticos simultáneos y diversos.

En general, la organización y el comportamiento de los actores sociales y políticos suelen ser considerados, sobretodo por los economistas, como un mero reflejo epifenoménico de variables económicas más “fundamentales”.

No obstante, debe decirse con Acuña que, la constitución de los grupos y clases sociales y sus acciones no están determinadas únicamente por las condiciones objetivas. La constitución y comportamiento de estos actores colectivos son el resultado de las luchas, y estas luchas no se rigen directamente por las relaciones de producción o las tendencias del mercado, con independencia de las condiciones que las limitan. Aún las luchas que se consideran estrictamente económicas tienen una especificidad histórica y son definidas por relaciones políticas, institucionales e ideológicas.(Acuña,C.; 1996).

Paradigmas en disputa

En salud, es posible distinguir diferentes paradigmas que están disputando la hegemonía en el campo sectorial. Dentro de estos paradigmas es necesario estudiar las relaciones entre Estado y profesión médica. Es posible afirmar que en este debate tiene un lugar significativo la problematización de las prerrogativas tradicionales de la profesión médica en la regulación de su práctica. Desde el lado de la economía, se ha puesto en cuestión el rol de agente que ejercen los médicos en situaciones de asimetría de información con lo cual es posible observar una tendencia a limitar la autonomía de los médicos a través de subordinar las decisiones de los tratamientos a políticas de limitación de costos diseñadas por gerentes. Desde el lado de la sociedad civil, se cuestiona el poder que ejerce la profesión médica al monopolizar el conocimiento.

Establecer la relación entre poder y conocimiento dentro del sector salud nos permite describir tres tipos ideales que definen diferentes concepciones de salud. El primero, sostiene el monopolio del saber médico por sobre las cuestiones relacionadas a la salud. Los otros tipos se distinguen por la denuncia a los procesos de medicalización crecientes y un cuestionamiento a la autonomía de la medicina. Desde el neoliberalismo, las propuestas de nuevas formas de organización de servicios de atención médica que incluye competencia regulada y control de costos implica una fuerte restricción a la autorregulación de las prácticas médicas. Desde la sociedad civil, se propone la democratización del saber médico.

El primero de ellos, al que denominamos bienestarista, se caracteriza por sostener una lógica corporativa que ha dado a la profesión médica un lugar preponderante en la organización de los servicios de salud. El saber médico, en tanto máxima expresión de la racionalidad científica, es legitimado desde el estado como aquel sobre el que se asienta la lógica de funcionamiento de los servicios de salud.

Servicios de salud que, en consonancia con lo anterior, se construyen siguiendo una racionalidad burocrática y en la que los demás actores involucrados en el campo de la salud asumen una posición dependiente o marginal en relación a la profesión médica. Así, saber médico más racionalidad burocrática han conformado el pensamiento sanitario hegemónico de la segunda mitad del siglo XX.

La crisis de este paradigma permite la aparición, con una fuerza inusitada, de un modelo alternativo, y que ya hemos denominado neoliberal. Este, cuestiona la pretensión, por parte del estado, de construir sistemas de salud universales o totalizadores que garanticen a los individuos un “supuesto” derecho a la salud. Considera que la ingerencia político estatal en la modalidad de asignación de los recursos provoca problemas constantes de ineficiencias y, lo que es peor aún, estimula la pasividad y la complacencia de los individuos con lo garantizado por el estado, desincentivando la realización de esfuerzos personales que permitan aparecer las “sanas” diferencias necesarias en toda sociedad.

De esta forma a la lógica jerárquica, piramidal y, hasta autoritaria, de asignación de los recursos, se contraponen un principio de asignación descentralizado y, por naturaleza, más eficiente.

El funcionamiento del mercado basado en la libertad de elección de los individuos garantizaría esta mejor asignación de los recursos, pero, es aquí, donde la profesión médica empieza a ser cuestionada como poseedora de la potestad absoluta en el proceso de toma de decisiones. Aparecen criterios de “mercado” que replantean el lugar del médico en este proceso.

Ahora bien, frente a la disyuntiva de un autoritarismo burocrático propio del sanitarismo estatal o de la fragmentación y atomización que nos ofrece el modelo de mercado, desde la sociedad civil empiezan a pensarse alternativas que rescaten la capacidad de reflexión y autonomía de los sujetos involucrados en el campo de la salud. Aquí el cuestionamiento apunta tanto a la excesiva medicalización como al más crudo economicismo. A este conjunto de ideas y experiencias, aún muy incipiente, hemos denominado paradigma asociativo.

El paradigma bienestarista

El sector salud, en tanto era parte del sistema de políticas sociales del estado, durante la etapa bienestarista del mismo, se conformó en torno a un amplio consenso que involucraba representaciones, valores, saberes y creencias sobre la salud, la enfermedad y la atención médica.

Este consenso, que involucraba tanto a los actores más relevantes del sector como también a la sociedad en general, definía como debía ser entendida la salud, los distintos niveles de responsabilidad sobre la misma, quién y cómo debía financiarse, el lugar que ocupaban los diversos sub-sectores (privado, seguridad social y público), los tipos de acceso y de cobertura, los criterios de organización de los servicios de atención médica, entre los aspectos más relevantes.

Todo esto conformaba un verdadero paradigma que, en los países desarrollados podríamos denominar paradigma bienestarista de la salud/enfermedad/atención médica, y que en América Latina habría sufrido algunas distorsiones de significación conformando el denominado paradigma populista sobre la cuestión.

Ahora, si nos situamos en el plano de las representaciones y valores, es necesario realizar el análisis de las características sobresalientes de este modelo de intervención estatal que hegemonizó las discusiones en el campo de la salud y las respuestas a los problemas del mismo, desde la década del 40, en el mundo. Estas características son las siguientes:

- El estado es considerado garante de la salud, y es quien a través de arreglos y acuerdos intercorporativos asegura el acceso a ésta a toda la población en tanto es considerada como un derecho con rango constitucional y por lo tanto reclamable por todos por el sólo hecho de ser ciudadanos. El estado aparecería como el más eficiente asignador social de los recursos necesarios para el logro del citado objetivo. Sin embargo, esto no fue obstáculo para que en la Argentina se desarrollara al amparo del estado y en paralelo al crecimiento de éste un sector privado y un sector paraestatal (obras sociales), que fueron quienes garantizaron el acceso a los servicios de atención médica a importantes sectores.

- Al ser la salud definida como un derecho, el estado debía garantizarla de manera universal y gratuita. Al tener los derechos sociales una definición amplia, es difícil aceptar limitaciones en torno a los beneficiarios o a los niveles de acceso. El estado debía garantizar “a todos todo”. Sin embargo, debe aclararse que, al menos en el caso argentino, este discurso universalista, en la práctica, se caracterizó por conformar un sistema meritocrático y sólo parcialmente solidario, en donde los distintos subsectores de la salud atendían de manera segmentada a distintos grupos sociales según su capacidad de pago o inserción laboral, quedando, en los hechos, los servicios estatales destinados para los más pobres.

- En relación al sector público, las funciones del estado, esto es, definición de políticas y normatización, financiamiento y prestación de servicios, eran consideradas de manera indisoluble. Además, la concepción sanitaria bienestarista tiene desde sus orígenes una fuerte impronta centralista, siendo las jurisdicciones nacionales o provinciales protagonistas principales en el cumplimiento de las funciones antes citadas, dejando para el nivel municipal un lugar marginal. La regulación y la planificación son en estos niveles las herramientas principales para el logro de determinados objetivos de política sanitaria.

- La capacidad de prestación directa de los servicios por parte del estado era defendida de manera absoluta, relegándose a las organizaciones de la sociedad civil o al mercado a una mínima expresión o a quienes tenían capacidad de pago.
- El criterio de expansión del sistema era a través del aumento permanente del gasto de manera incremental, lo que se traducía en la generación permanente de nuevos proyectos y servicios.
- Todo este sistema se basaba en una marcada concepción igualitarista de la política y una preocupación central en el logro de crecientes niveles de inclusión social. Aquí el concepto de ciudadanía aparece como clave en tanto representa una relación de pertenencia a una comunidad en donde todos tienen un mismo status como miembros y en donde existe un sentido compartido de justicia que, por supuesto, excluía toda forma de desigualdad extrema.
- El estado financiaba principalmente la oferta de servicios, los cuales como se decía, se encontraban abiertos a todos y de manera absolutamente gratuita. El instrumento tradicional de financiamiento de la oferta es, aquí, el presupuesto histórico que se incrementa año a año en base a previsiones de crecimiento de la demanda o a partir de la decisión política de crear nuevos programas o servicios.
- Las instituciones de salud estatales se caracterizan por un modelo organizacional burocrático, basado en una clara división funcional de roles y funciones. La organización de los servicios tiene escasa o nula sensibilidad a las preferencias de los usuarios (responsiveness), los indicadores de evaluación de los mismos son los de tipo sanitario tradicionales (tasas, índices, porcentajes) y los controles, generalmente, de procesos y procedimientos.
- La relación laboral de los trabajadores de la salud se basa en el asalariamiento y la estabilidad en el cargo, criterios desligados de los resultados del servicio. El valor principal, y medio de progreso en el sistema, es la antigüedad acompañada de ciertas exigencias de capacitación. Estas reglas de juego entre estado y empleados generan permanentes problemas de productividad en el sector público debido a que incentivan una tendencia constante a maximizar el tiempo libre y minimizar la carga de trabajo por parte de los trabajadores de la salud.
- El rol de agente en relación al paciente es cumplido en este sistema por el médico. Este, en función de su saber especializado, es quien se cree está en mejores condiciones para defender los intereses del paciente. Así, el médico goza dentro del sistema de la más absoluta autonomía para decidir sobre sus intervenciones, teniendo como único límite reconocido las prescripciones de la ética profesional que, a su vez, está autoregulada por la propia corporación médica.

Ahora, como dijimos arriba, este paradigma de intervención estatal, sostenido de manera consensuada tanto por los diversos actores que han participado del campo de la salud por más de cuarenta años como por la sociedad en general, entra en crisis y sufre el resquebrajamiento de su nivel de aceptación colectiva a partir de factores exógenos y endógenos al propio campo.

En relación a los primeros, el más importante es la crisis fiscal del estado que obliga a realizar un importante ajuste del modelo vigente hasta el momento. Por su parte, los endógenos hacen referencia a la necesidad de reformar un sistema que con gastos crecientes no logra generar indicadores sanitarios proporcionales al mismo y produce cada vez mayores niveles de insatisfacción en los usuarios.

El paradigma neoliberal

Los procesos de reforma neoliberal están fuertemente condicionados por las propuestas técnico políticas ofrecidas a los gobiernos desde los organismos técnico-financieros internacionales (Banco Mundial, FMI, BID, entre otros) que consideran como parte sustancial del proceso de reforma estatal la reformulación de los sectores sociales y de la gestión del gasto asignado a los mismos, y entre ellos, al sector salud de manera predominante.

Pero, así como dijimos que este paradigma fue rápidamente aceptado en el terreno de la economía, en el campo de las políticas sociales, en general, y de salud, en particular, ha sido fuertemente resistido por los diversos actores del campo de la salud. No obstante lo cual, es innegable que funciona como una referencia insoslayable para el debate. Los rasgos principales del mismo son:

- El mercado aparece como el asignador más eficiente de los recursos, siendo el estado visto como causante de la ineficiencia y el despilfarro de los recursos sociales. La salud aparece, aquí, como un servicio que se adquiere en el mercado según la capacidad de pago de cada uno y en función de las leyes de la oferta y la demanda.
- El estado debe ocuparse de la salud de los más desprotegidos, de aquellos que no pueden acceder al mercado privado de servicios. Para esto debe desarrollar políticas focalizadas que tengan una clara delimitación de su población objetivo, evitando filtraciones hacia sectores que no necesitan del soporte estatal o subsidios cruzados entre sectores. La concepción de derechos sociales que el estado debe garantizar a todos por igual, independientemente de la productividad social de cada uno, se considera que desincentiva el trabajo y estimula la mediocridad.
- El estado debe favorecer la producción privada de servicios de salud mediante las estrategias de desregulación, privatización, descentralización, estímulo a la competencia; además de estructurar los mercados para los mismos. Los servicios que debe prestar inevitablemente el estado para los sectores marginales deben realizarse desde el nivel municipal, teniendo escasa presencia los niveles nacionales o provinciales.
- Los valores centrales del paradigma son la búsqueda de la equidad (más a los que más necesitan) con eficiencia. Se abandona toda concepción igualitarista por considerarse “antinatural” y deja de ser una preocupación central la inclusión social, pasando a serlo la búsqueda de la competitividad de la economía.
- El financiamiento del sistema debe centrarse en la demanda, es decir “el dinero sigue al paciente”. Se considera que el consumidor (paciente) a través de la libre elección maximizará la utilidad de sus recursos. Los efectores deben proveer los recursos mediante el cobro a los seguros, los sistemas de recupero o el pago directo de las prestaciones, evitando la asignación presupuestaria directa, fuente de ineficiencias y falta de transparencia. Es central para esta concepción de la economía de la salud que cada prestación o acto profesional tenga un costo claramente precisado y se determine de igual manera el origen de los recursos que los financian.
- Las instituciones de salud deben tender hacia la desburocratización de sus estructuras funcionales, adoptando modelos organizacionales más flexibles, articulados en torno a proyectos de trabajo, con alta sensibilidad a las necesidades del cliente (paciente) y con criterios de administración de tipo gerenciales. La evaluación del servicio debe realizarse en base a indicadores de calidad y obtención de resultados
- Esta estructura organizacional debe complementarse con una flexibilización de las relaciones laborales entre el estado y sus empleados. La estabilidad y la antigüedad dejan de ser valores centrales en esta relación al considerárselos responsables de la falta de productividad del empleo público. Deben generarse incentivos que vinculen los ingresos monetarios de los trabajadores a incrementos permanentes en la productividad y la eficiencia en la gestión del servicio.
- El rol de agente es cumplido aquí por el paciente en tanto consumidor. Se considera que éste, a partir de disponer de toda la información posible y frente a un conjunto de alternativas similares, es capaz de realizar la elección más racional, que minimice sus costos y maximice sus beneficios.

El paradigma asociativo

Desde la década del sesenta es posible observar en el sector salud un cuestionamiento profundo al monopolio del saber médico. De allí que se comienzan a impulsar procesos de autoatención; de rescate de la medicina tradicional y del saber popular; y de la participación social como modos alternativos de afrontar los principales problemas que afectan la salud colectiva. Estas propuestas autogestivas se expresaron a través del intento de control de las instituciones de salud donde los procesos de desmanicomialización y control de las instituciones psiquiátricas son especialmente importantes. La Conferencia de Alma Ata promueve la participación social en salud y de allí se derivan definiciones de algunos autores que podrían ser tomadas como otro antecedente del paradigma societal. Se considera a la participación social en salud como “el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la

comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones”. Este fue el tipo de definición propuesta por los sanitaristas que impulsaban una atención primaria integral. Estas experiencias se discontinuaron en las décadas siguientes.

En la década del 90 se comienza a construir un espacio público en torno a los problemas de salud que convoca a una multiplicidad de actores médicos y no médicos. La desmedicalización de las prácticas en salud, el autocuidado, la recuperación de los saberes no científicos, un mayor involucramiento autoreflexivo aparecerían, entre otros, como algunos de los caminos a seguir en este conflictivo proceso de construcción de un espacio público de la salud.

Algunos autores (Rovere, M., 2000) sostienen que a la idea de estado o mercado debería oponérsele, para el fin antes citado, la idea de “redes”.

Frente a la caída del estado y la fragmentación que ofrece el mercado, la lógica de redes permitiría reconstruir los lazos vinculares entre los sujetos sin necesidad de recurrir a los órdenes jerárquicos. Las redes aparecerían como formas de articulación multicéntricas, sin un centro a partir del cual se ordenan los sujetos involucrados.

Pero además, la lógica de redes abandonaría la pretensión autoritaria de la homogeneización de los actores. Por el contrario, implica articular heterogeneidades a partir del reconocimiento de las diferencias y de la autonomía y reflexividad de los mismos.

Las redes estarían sostenidas por valores tales como la solidaridad, la confianza, la reciprocidad, el interés por el otro y la aceptación de las diferencias y pluralidad de perspectivas.

Deben destacarse dos aspectos centrales de esta propuesta. En primer lugar la lógica de redes implica un cuestionamiento a algunos de los supuestos de la modernidad temprana. Básicamente la crítica al concepto de realidad única, verificable, totalizante; a lo cual se contraponen la idea de heterogeneidades articuladas en una red sin centro. En segundo lugar, las redes se nutren de la idea de autonomía de los sujetos por lo cual están atravesadas por una pretensión emancipatoria de los mismos y de construcción de ciudadanía.

La reforma del sector salud en Córdoba: Una obra en dos actos

El análisis de las reformas del sector salud en las provincias presenta realidades muy diferentes asociadas a sus orígenes, historias políticas, económicas y culturales que se reflejan en la magnitud de los problemas sociales y en las respuestas institucionales diseñadas⁵.

El sector público provincial tiene en Argentina una cobertura total de 21 millones de personas, sumando indigentes y beneficiarios de las obras sociales provinciales. Esta cifra constituye el 58% de la población argentina. Además, tienen gran autonomía para organizar sus propios sistemas provinciales de salud, sin necesidad de responder a un modelo único.

Sin embargo, es posible observar algunos problemas comunes. Por un lado, las obras sociales provinciales presentan serios problemas de financiamiento y de gestión y por el otro, los diferentes tipos de cobertura que ofrecen los subsistemas.

Durante los años 90 el gobierno nacional implementó políticas sanitarias que tuvieron impactos diferentes en cada provincia. Estas políticas (programa nacional de garantía de calidad, programa médico obligatorio, el hospital público de autogestión, etc.) fueron instrumentadas con financiamiento externo e interno para lograr la adhesión de los gobiernos provinciales.

Al intentar analizar el futuro del sector en Córdoba, se hace necesario recordar algunos aspectos de la historia reciente de la provincia.

La reforma mestriza

El proceso de reformas en el sector salud en esta provincia se inicia a partir del año 1995 en el contexto de una brutal crisis de desfinanciamiento del Estado provocado por el denominado “efecto tequila” y en el marco del primer cambio de gobierno desde la instauración de la nueva

⁵ Vasallo Carlos: "El estado de las reformas en las provincias" en Seguro Público de Salud, Encuentro Internacional ---- organizado por Fundación ISALUD y la Provincia de Río Negro. Río Negro, 1998.

democracia en la Argentina (luego de los 12 años de gobierno de Eduardo Angeloz asume otro hombre del radicalismo, Ramón Mestre).

Durante los cuatro años de su gestión, y con el objetivo explícito de devolverle solvencia fiscal y financiera al estado, el gobierno de Mestre pretende realizar una profunda transformación del sector que implicaba la aplicación de medidas de ajuste y de reforma.

El gobierno asume esta tarea con un diagnóstico fuertemente crítico sobre las características del sector salud provincial. Este diagnóstico precisaba los siguientes problemas:

- a. Sobredimensionamiento del sector
- b. Excesivo involucramiento de la jurisdicción provincial en la organización del sector estatal del sistema de salud provincial
- c. Incumplimiento de las normativas constitucionales provinciales sobre descentralización
- d. Problemas graves de gerenciamiento en las instituciones

De estos cuatro puntos sobre los que hacía eje el diagnóstico del equipo reformista, se fueron desprendiendo las distintas políticas que apuntaban a resolver cada uno de estos problemas a la vez que se iba modelando un sistema bajo nuevos principios de organización.

Las medidas de ajuste apuntaban al problema del sobredimensionamiento del área. Las iniciativas del gobierno alrededor de esta dimensión están destinadas a ordenar el uso de los recursos en función a requerimientos relacionados con los límites presupuestarios. La racionalización de personal implicó una drástica reducción de la planta mediante el cese de contratos e interinatos, la absorción presupuestaria de cargos y la decisión de no cubrir interinatos y suplencias. Se suspenden las Residencias Médicas rentadas en los hospitales provinciales con el argumento de que en medio de la emergencia provincial el estado no podía seguir destinando recursos para la formación de post-grado de los médicos.

Además, el achicamiento del sector se materializa también con la reducción de la planta política del Ministerio de Salud (medida que se relativiza al haber convalidado el gobierno un fuerte aumento en las remuneraciones de los mismos con el argumento de una necesaria equiparación salarial entre los tres poderes del estado provincial) y, como consecuencia de esto, un fuerte proceso de concentración en el proceso de toma de decisiones. También se lleva adelante un fuerte recorte presupuestario para el área que afecta principalmente “las cajas chicas” hospitalarias y que avanza hasta llegar al cierre de servicios y hospitales que se consideran como “excedentes”.

La ejecución de un proceso de achicamiento tan radical en el área afecta la prestación de algunos servicios esenciales donde tareas de alta complejidad estaban a cargo de profesionales contratados, suplentes, interinos, e, inclusive, residentes. Esta restricción tuvo lugar sin claros criterios de racionalización (se eliminaban cargos indiscriminadamente sin establecer previamente criterios de priorización de áreas o servicios). Las justificaciones transmitidas por el Ministro de Salud hacen referencia a la emergencia y a la imposibilidad de seguir destinando el 85% del presupuesto al pago de salarios.

Los efectos de todas estas políticas sobre los servicios aparecen como permanentes denuncias de desatención de pacientes (falta de camas, falta de infraestructura necesaria para una correcta atención, deterioro de los hospitales, problemas con la derivación de pacientes).

Otra medida que está vinculada, no sólo con el achicamiento del sector público provincial, sino también, con su reconfiguración, es el fuerte proceso de descentralización emprendido con el argumento de dar cumplimiento inmediato a prescripciones de orden constitucional.

Así, la provincia traspasa en poco tiempo (6 meses) más de 400 efectores a los municipios. El proceso que culminó con el traspaso de estos servicios tuvo, según una impresión generalizada entre los actores involucrados, un carácter extorsivo. Las negociaciones con los Municipios se vieron reforzadas por la promesa de aumento en los recursos coparticipables. La descentralización en la gestión Mestre implicó sólo el traspaso de efectores con un criterio fuertemente fiscalista.

Esta medida generó una mayor fragmentación del sistema y una agudización de las inequidades. Este cambio en el rol del Estado Provincial no fue acompañado de mecanismos que neutralizaran las posibles dificultades de acceso a ciertos sectores de la población. La transferencia de servicios implicó profundas modificaciones en la distribución de las “oportunidades de vida” lo

que puede observarse en las diferencias entre los municipios con recursos y sin recursos. El discurso oficial sostenía que el estado provincial sólo garantizaría el segundo y tercer nivel de complejidad en la atención de la salud.

De esta forma, la municipalización del primer nivel se hace con fuerte oposición de los actores del sector salud y de los otros actores comprometidos en el área. Dada la naturaleza compulsiva del programa, el proceso en lo formal se lleva adelante sin una mayor discusión ni participación de los actores, concluyéndose en sus aspectos legales y administrativos en un período de no más de seis meses. Los intendentes, los empleados, los vecinos, los partidos políticos, los concejos deliberantes, los entes intermunicipales, los senadores, se pronuncian en contra. Hay tomas de hospitales, movilizaciones, actos públicos, cortes de rutas y también planes elaborados para sortear las dificultades de los traspasos. Las protestas se dan en gran parte de los municipios de la provincia. Los intendentes evalúan que los problemas con los que se encuentran los municipios al transferirles la provincia los servicios de salud dependen del grado de complejidad del servicio descentralizado. En algunos casos, los municipios tienen que aportar más recursos porque la provincia no cumple con la promesa de atención de mediana y alta complejidad

En cuanto a las políticas que podríamos definir como de reforma el gobierno avanza sobre la redefinición de la Obra Social Provincial (IPAM), así como de la red de hospitales públicos provinciales.

De esta manera, la naturaleza reformista del gobierno provincial se hace clara en este campo de servicios estatales. Considera que la crisis no sólo puede atribuirse a aspectos fiscales, también se debe a "prácticas administrativas inadecuadas y a una trama de relaciones de intereses particularistas". El diagnóstico del cual se parte es que el hospital público tiene baja productividad en las prestaciones que otorga, además de estar sobredimensionado y con duplicación de servicios todo lo cual lo lleva a ser una estructura hipertrofiada. Entre las medidas que se toman siguiendo esta orientación, está el esfuerzo de lograr que los hospitales facturen las prestaciones que otorgan a afiliados de Obras Sociales. Se intenta que los hospitales recauden fondos procedentes de la seguridad social como una forma de autosubsistencia⁶.

Otra forma relevante de lograr el autosostenimiento de los efectores deviene de la ampliación del seguro de salud provincial (IPAM) a sectores sociales carecientes. Esta decisión tiene como propósito, por un lado, reorientar el subsidio desde la oferta (presupuesto de los hospitales) hacia la demanda (los pobres de la provincia) haciendo más económico y efectivo el servicio. El hospital cobra al IPAM por cada prestación que realiza y el Estado paga al IPAM una capita individual como un seguro de salud para los carenciados de la provincia. Con esto se intenta promover la eficiencia en efectores que siguen siendo gratuitos, mediante un mecanismo que persigue hacer de los resultados el elemento determinante del financiamiento.

Una clara tendencia del Ministerio fue la inversión en tecnología y en infraestructura, por la cual se intenta que los hospitales públicos recuperen su capacidad operatoria y puedan competir en el mercado de la salud frente a la oferta privada. El objetivo es dar apoyo tecnológico para insertar al hospital público en una red de atención con un nivel de competitividad adecuado. Aún en plena vigencia de la Ley de Emergencia, el gobierno invertía en tecnología y se anunciaban obras.

A través de la definición de los perfiles hospitalarios, el gobierno tiende a lograr una gestión administrativa y gerencial adecuada, con personal de conducción capacitado para la integración con el resto del equipo de salud. Consideran que la complejidad política y técnica del sistema sanitario requiere tanto a profesionales que atiendan la salud de la población, como a quienes conozcan los complicados aspectos inherentes a la conducción y organización de modernas instituciones de salud. Los perfiles hospitalarios fueron implementados a partir de un decreto del gobernador. Estos perfiles introducen una nueva concepción administrativa en su funcionamiento, introduciendo

⁶ Los hospitales se financian de este modo con lo que provee el Estado vía su presupuesto y a través del recupero del gasto vía el mecanismo de seguro señalado, el resto proviene de las cooperadoras y de donaciones.

modernos criterios de gestión y buscando agilidad en lo que se refiere a la toma de decisiones (estructuras matriciales)⁷.

Se establece el perfil hospitalario para cada uno de los hospitales de capital, evitando la superposición de actividades y la duplicación de servicios y determinando cuáles van a ser los servicios de referencia por cada una de las especialidades médicas, sobre la base de la capacidad instalada, los profesionales, el nivel de complejidad y la producción. Los nuevos conceptos incorporados son: camas indiferenciadas, hospital de día, ampliación de cobertura horaria, temporalidad de las jefaturas de servicios y cargo único. La idea central era constituir una red de hospitales complementarios y unidos por una red informática entre sí. Con este objetivo, el gobierno decide, también, retornar al sistema centralizado de adquisición de insumos con el fin de recuperar una escala de compra que le permitiera negociar con los proveedores en mejores condiciones y reducir costos.

Este proceso de transformación tuvo un alto grado de conflictividad social debido al estilo de gestión con el que se la llevó adelante. La falta de gradualismo, de instancias de deliberación y debate, de construcción de consensos hizo que, más allá de su mayor o menor racionalidad técnica, los actores sectoriales se opusieran firmemente a la misma.

Este alto grado de conflicto producido en el sector, potenciado por situaciones similares en otros frentes del estado provincial, llevó al proceso de reformas a una situación de parálisis. Alcanzando su punto culminante durante la campaña electoral para elegir gobernador en la provincia y desarrollada en los últimos meses de 1998.

La reforma del asotista

El 12 de Julio de 1999 inicia su gestión José Manuel de la Sota, cumpliendo con sus promesas electorales para el sector salud. En el marco de un estilo que pretende diferenciarse claramente del anterior, anuncia la vuelta atrás de todas las medidas implementadas por la gestión anterior, con la sola excepción del proceso de descentralización, y el retorno al “statu quo” anterior al año 1995.

Pero, aún más, anuncia que su Ministro de Salud sería quien se desempeñaba hasta entonces como Presidente del Consejo de Médicos de la Provincia y que incorporaría a la conducción de las distintas instituciones de salud a miembros de las gremiales hospitalarias, los cuales se habían opuesto férreamente a la reforma Mestre.

El gobierno cumple con algunos de los compromisos asumidos con los sectores gremiales médicos a través de la vuelta atrás con la totalidad de las medidas de reforma impulsadas por la administración Mestre, con la sola excepción de la transferencia de efectores a los municipios. En este sentido se ha sostenido y en algunos casos profundizado este proceso, el cual, tal vez, podría ser considerado como uno de los cambios estructurales más importantes de las últimas décadas en el sector público provincial de la salud. (Recordemos que de tener en 1995 alrededor de 500 efectores de todos los niveles de complejidad, en el año 2001 posee sólo alrededor de 35, particularmente de máxima complejidad).

Durante la gestión Mestre (1995-1999) el gobierno de la provincia no adhirió a las reformas de salud que se estaban llevando adelante a nivel nacional. Si bien se implementaron algunos programas (PROMIN), no se acordó con la orientación general de los cambios que incluía programas financiados por el BID, BIRF y Banco Mundial. En la gestión del gobernador De la Sota la provincia se incluye en estas reformas a través de la incorporación al Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud gestionado por el Ministerio de Salud de la Nación financiado por un crédito del BID.

⁷ En la estructura matricial se cambia el paradigma de la gestión vertical y por línea de mandos orientando a la organización a una gestión basada en procesos. La matriz combina dos formas de gestión por funciones y por productos. La gestión funcional reúne a los especialistas y asegura el trabajo multidisciplinario y la gestión por producto facilita la coordinación entre especialidades. Documento del Ministerio de Salud, Dirección General de Atención a la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 1997.

La reforma gerencial impulsada en el Ministerio y en los hospitales pretendió desarmar un modelo organizacional burocrático al que se calificó de ineficiente, costoso, lento e insensible a las preferencias de los usuarios. Para tal fin se nombró una estructura de gerentes (la mayoría de ellos sin experiencia en la gestión de servicios públicos) que funciona en paralelo a la estructura burocrática previa con lo cual: se superponen funciones, se demoran aún más las decisiones, se aumenta el gasto en la estructura política en desmedro de la operativa, crecen los costos administrativos y torna ilegales a algunos de los procedimientos. Es posible pensar que esta reforma gerencial “a la cordobesa” que ha sido guiada por la racionalidad política y no por la racionalidad técnica declamada, sólo ha servido para aumentar el control político al nombrar funcionarios elegidos por su adhesión política y no por su idoneidad para el cargo.

A continuación se procederá a analizar la política presupuestaria para el sector durante la gestión De la Sota:

El análisis de la política de salud de la Provincia de Córdoba exige desarrollar una mirada crítica sobre la asignación de recursos al área, los cuales darían viabilidad o no a algunas de las líneas programáticas planteadas por las autoridades ministeriales y que se detallan en otros apartados.

El gobierno de la provincia ha sostenido a lo largo de estos años que el área de la salud era una de sus prioridades y que en ella no se realizarían ajustes presupuestarios al estilo de los realizados por la gestión de gobierno del Dr. Ramón Mestre, de la cual pretende diferenciarse permanentemente, al menos en el discurso.

Si consideramos que el Presupuesto Anual de la Provincia “es” la política de un gobierno para un año fiscal, ya que en él quedan delineadas las metas a alcanzar para dicho período y la distribución de recursos que permite determinar las prioridades gubernamentales, se justifica el análisis de los mismos.

Es posible afirmar que el Presupuesto Provincial en Salud durante los cuatro años de gestión de José Manuel de la Sota (99 – 02) no ha logrado estar por encima, en términos nominales, de los Presupuestos de los dos primeros años (96 – 97) de la gestión Mestre, durante los cuales se llevó adelante un muy fuerte ajuste en el sector.

Si realizamos el análisis tomando las puntas de la serie 99 – 02, es posible visualizar un fuerte ajuste para el sector a lo largo de la propia gestión de De la Sota, que ni siquiera se revierte en términos nominales durante el año 2002, año en el que se abandona a nivel nacional el Régimen de Convertibilidad de la moneda y se espera un fuerte impacto en el índice de precios debido al previsto proceso devaluatorio.

Lo asignado para el año 2002 implica que a la Finalidad Salud le corresponde el 9,5% del total del gasto público provincial. Este porcentaje es el mayor en términos relativos de la gestión De la Sota, sin embargo, está muy lejos, aún, del 11,3% del año 1996.

Pero además, con el fin de brindar una referencia más amplia, digamos que los estándares internacionales recomiendan que el sector salud debe recibir un porcentaje presupuestario de alrededor del 10%. Como dato complementario, y para tener una referencia de nuestro país, digamos que, durante el año 2002, y en el marco de un muy fuerte ajuste, la Provincia de Buenos Aires (considerada junto con Córdoba y Santa Fe como las “tres provincias grandes” en términos fiscales) le asigna a su sector salud el 11% del Presupuesto⁸.

Es posible concluir que, en relación a las erogaciones corrientes, durante los dos últimos años de la serie, el Presupuesto en Salud sufre una fuerte disminución por dos vías. La primera, es el ajuste nominal del gasto realizado en el 2000, que lleva la cifra asignada a ser la menor del período. La segunda, es la fuerte licuación de los recursos debido a una pauta de incremento de los mismos para el 2002 que no cubre la inflación prevista y, mucho menos, el porcentaje de devaluación del peso⁹,

⁸ Cifra publicada por el Diario La Nación (05/04/02) en base al Presupuesto de la Provincia de Buenos Aires aprobado para el ejercicio 2002.

⁹ Recordemos que en el rubro erogaciones corrientes están incluidas las compras de insumos altamente dolarizados e imprescindibles para el funcionamiento de las instituciones de salud como, por ejemplo, los medicamentos, material descartable o reactivos para laboratorio, entre los más destacables.

lo que lleva a que con recursos levemente superiores nominalmente se puede adquirir una cantidad sustancialmente menor de bienes y servicios.

La disminución sistemática de las erogaciones de capital no es un dato menor. Implica que el Presupuesto provincial destina la mayoría de sus recursos a bienes y servicios que se consumen en el período en ejecución, mientras se desfinancian las inversiones reales y financieras que mejorarían las condiciones del sector en el mediano y largo plazo. Esto se traduce en menor cantidad de recursos destinados a mobiliario, aparatología o infraestructura. Esto, además, implica que se ajusta un presupuesto presente trasladando mayores erogaciones hacia presupuestos futuros.

Otro aspecto importante de la política gubernamental, el cual, a su vez, tiene reflejo presupuestario, es el de los recursos humanos. Este rubro es importante de analizar debido a que, además, en términos de recursos asignados, equivale a casi el 50% del total del presupuesto para el área.

Ahora, vale aclarar que, el crecimiento del gasto en personal tiene una particularidad. Este se ha logrado aumentando los recursos destinados a personal no permanente en detrimento del destinado al permanente.

Esta tendencia hacia una creciente precarización de la planta de personal hospitalaria podría tener dos lecturas. Una, de corte fiscalista, nos permitiría afirmar que el gasto en personal, tradicionalmente inflexible a la baja, está siendo gradualmente transformado en un gasto flexible a los ajustes, en la medida que los cargos de planta permanente se van reemplazando con cargos transitorios. La otra, de corte gerencial, nos posibilita afirmar que el estado, en función de las más actuales recomendaciones de la Nueva Gerencia Pública va introduciendo formas más flexibles de contratación de su personal con el objetivo de mejorar su productividad.

Finalmente, lo dicho hasta aquí, nos muestra que, la combinación de sucesivos ajustes nominales del gasto, realizados en años anteriores al actual, sumado a la licuación del mismo debido al proceso devaluatorio en curso durante el año 2002 y a la imprevisión para enfrentarlo, puede generar efectos dramáticos en el funcionamiento del sector público de la salud.

Disminución del gasto en personal, precarización del mismo, desfinanciamiento del sector en lo atinente a inversiones de capital y licuación del gasto de funcionamiento auguran tiempos difíciles por venir, más allá de las pretensiones grandilocuentes expresadas en diversos programas y proyectos de la gestión De la Sota. Si bien la conflictividad fue mayor en el período anterior, se pueden observar resistencias a la política del gobierno (toma de hospitales, movilizaciones, denuncias por la falta de insumos, etc.) que permite prever la organización de la protesta.

La acción colectiva y los procesos asociativos en salud

Para la descripción de las experiencias de acción colectiva en salud se han identificado tres formas mediante las cuales estas acciones pueden ocurrir: “denuncias, protestas, explicitación de conflictos, oposiciones organizadas” (dimensión contestataria); “cooperación, asociaciones para la resolución de problemas sociales” (dimensión solidaria) y “construcción de una utopía de transformación, con la creación de proyectos alternativos y de propuestas de cambio” (dimensión propositiva). Cabe aclarar que una misma experiencia puede desarrollar simultáneamente las tres dimensiones. Se han seleccionado algunas acciones a los efectos de graficar las diferentes situaciones que conforman el actual escenario de salud.

La dimensión contestataria: En defensa de la salud pública

Es posible constatar la presencia de nuevos actores sociales en la lucha por la salud: piqueteros, asambleístas, estudiantes, organizaciones de pacientes y de profesionales, y organismos de derechos humanos. Para estos actores la falta de salud se transformó en una preocupación central y de ahí la necesidad de denunciar la situación: empeoró la salud poblacional (mayor nivel de estrés, enfermedades cardiovasculares, desnutrición, etc) al mismo tiempo que se restringe el acceso a los servicios de salud (carencia de insumos, debacle de las obras sociales, mayor demanda en los

hospitales públicos, merma de personal, puestos que no se reemplazan, etc.). Estas organizaciones, si bien muy fragmentadas, basan su acción en los siguientes lineamientos:

- bregar por un sistema único de salud gratuito, igualitario para todos los habitantes del territorio argentino garantizado por la Constitución Nacional.
- tender en el mediano plazo a la unificación de los recursos públicos unificando al sector estatal y de la seguridad social en un sistema de cobertura universal que alcance a toda la población.
- apoyo alimentario masivo basado en los recursos naturales del país, respetando las tradiciones de cultura alimentaria y financiado por rentas generales.
- entrega gratuita de medicamentos esenciales, fortaleciendo la producción del subsector estatal y regulando fuertemente el mercado farmacéutico.
- se exige un aumento de emergencia del 60% de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales de salud para el 2003.
- democratizar el sistema de salud por ejemplo a través de la elección democrática de las autoridades sanitarias y la formación de consejos regionales de salud con participación popular.

La dimensión solidaria: La conformación de una red de contención para los excluidos

Dentro de este tipo de acción colectiva es posible encontrar diversas experiencias de autogestión en salud. Desde el trueque de servicios de salud, hasta la instalación de pequeñas postas sanitarias en los barrios.

La dimensión propositiva Obreros sin patronos: los trabajadores autogestionados:

Ex – empleados de unidades productivas en quiebra apuestan a la gestión colectiva, asumiendo distintas formas asociativas. Este fenómeno no puede entenderse por fuera de la magnitud de la crisis donde el colapso financiero de diciembre de 2001 fue el detonador después de más de dos años de recesión económica. En distintos lugares del país, los trabajadores protagonizan la multiplicación de empresas recuperadas, en sintonía con una nueva actitud de la sociedad, que, ante los efectos de la crisis económica y la falta de credibilidad de las principales instituciones políticas del país, rompió con la pasividad para dar paso a nuevos actores sociales. Este proceso, incluye la preservación de su fuente laboral para cerca de diez mil trabajadores. Hasta el momento, los involucrados adoptaron dos estrategias: por un lado, reclamar a partir de la ocupación, la estatización de la empresa, exigiendo su funcionamiento bajo control obrero. Por otro, la opción mayoritaria, conformación de cooperativas de trabajo. Sin embargo, pese a las inocultables diferencias políticas que implican las distintas concepciones del problema, comienzan a darse algunos pasos en común que se vincula además con otros sectores sociales que persiguen objetivos de cambio. La vinculación con piqueteros, asambleas vecinales y sectores estudiantiles aparece como una constante. Como ejemplo reciente, luego de que la asamblea de Flores (Ciudad de Buenos Aires) tomara una clínica abandonada, surgió la idea de poner en marcha un centro de atención sanitaria destinado a una suerte de una obra social para las fábricas recuperadas y vecinos del barrio. Los trabajadores de Brukman han planteado la posibilidad de fabricar sábanas y barbijos para esta clínica.

La ocupación de fábricas y empresas se realiza en un marco de precariedad judicial que obliga a los trabajadores a custodiar maquinarias, equipos e insumos, en muchos casos frente a la propia presencia policial. Además, la ocupación es sólo un paso, porque es muy grande el desafío de comenzar a producir y prestar servicios desde situaciones de quiebra o vaciamiento.

En Córdoba, la Clínica Junín está funcionando por la gestión de sus 60 trabajadores, en su mayoría mujeres. El conflicto comenzó con una lucha contra el atraso salarial. A fines de 2001 se produce la venta de la clínica y comienzan los cierres de servicios. Ante la agudización del

conflicto por parte de los trabajadores la respuesta es el despido masivo. Esto impulsa la toma de la clínica que se mantiene cerrada hasta el 13 de junio, día en que se produce la apertura bajo la dirección y gestión de sus trabajadores. Se está gestionando su funcionamiento como cooperativa de trabajo, lo que les permite realizar convenios con distintas entidades.

La articulación Estado – sociedad

Se puede identificar tres tipos de relaciones posibles entre las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y el Estado: las organizaciones de la sociedad en tanto instrumentos del Estado, en tanto amplificadores de programas estatales o en tanto entes asociados en las estructuras de poder y coordinación. Este tercer tipo apunta hacia una nueva forma de organización política, más amplia que el Estado, de la cual el Estado es el articulador y que integra un conjunto híbrido de flujos, redes y organizaciones, en las que se cambian y se interpenetran elementos estatales y no estatales, nacionales, locales y globales. Actualmente, en Argentina, podríamos identificar un cuarto tipo de experiencias de las OSC, aquellas que deciden un desarrollo autónomo e independiente del Estado.

Las OSC en tanto instrumentos del Estado

En el sector de la salud es frecuente definir la participación como el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales. Está claro que la contribución de la comunidad es fundamental para lograr el éxito de estos programas. Sin embargo, bajo este concepto de participación se mantiene una relación de verticalidad entre el agente público y las personas que son vistas como un instrumento o recurso que facilita la acción del Estado. La mayoría de los programas de capacitación de promotores de salud entrarían en este tipo de articulación.

Las OSC en tanto amplificadores de programas

En estos programas se interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. El objetivo de la organización es, además de la obtención de recursos de la comunidad, transmitir conocimientos y capacitar a la población para que se transforme en un agente activo de su desarrollo. En general, son los programas promovidos por los organismos multilaterales. Como ejemplo, podemos nombrar los programas que incorporan la planificación local participativa, la propuesta de SILOS (sistemas locales de salud). En este tipo de relaciones podemos identificar a las que propicia en la provincia de Córdoba la “Residencia en Salud Familiar”, implementada a partir del año 2002 y que tiene como base las propuestas de la OPS en lo que respecta a participación de la comunidad en la realización de “programaciones locales participativas.”

Las OSC en tanto entes asociados a las estructuras de poder y de coordinación

Esta posición reconoce a las personas como usuarios y como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces, la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sea individual o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección a la salud. Como ejemplo de este tipo de relación podemos nombrar todas las iniciativas de responsabilización impulsadas por las corrientes de la nueva gerencia pública.

También, pero desde otra posición ideológica, bajo esta perspectiva podemos ubicar algunas experiencias de acciones desarrolladas por promotores de salud comunitaria que, capacitados y orientados por los equipos técnicos de ONGs, pretenden en sus acciones no sólo articular y coordinar tareas con las organizaciones de los distintos niveles de atención de salud estatal sino sobre todo, incidir en las políticas estatales. Como ejemplo de ello mencionamos la Red de Salud de la mujer que desarrolla articulaciones y acciones a favor de los derechos de salud sexual y reproductiva

Las OSC impulsando procesos de autoorganización y de autonomización del Estado

Si bien hasta el momento las organizaciones de la sociedad civil se han desarrollado más desde el Estado que por iniciativa de los ciudadanos, es posible identificar algunas organizaciones que reivindican su total autonomía del Estado, tales como algunas organizaciones piqueteras, la experiencia de la Clínica Junín, y los procesos de autocrítica que han realizado algunas ONGs sobre su relación con el Estado bajo la hegemonía neoliberal en las políticas sociales.

A modo de conclusión

La radicalidad y vertiginosidad de las transformaciones que en la Argentina de los 90 provocaron el desmantelamiento del Estado y de la estructura salarial fordista implicó un agudo proceso de descolectivización¹⁰. Frente a esto, el Estado argentino no contó con redes de contención ni se propuso desarrollarlas. Las políticas sociales implementadas desde una visión tecnocrática, asistencialistas y focalizadas en mitigar la pobreza extrema, no lograron resolver la exclusión que provocó el modelo. En salud, amplios sectores de la población quedaron sin las coberturas médicas necesarias. Es en el plano de la acción colectiva donde las consecuencias se pueden observar con más claridad¹¹. Las formas tradicionales de acción colectiva ligadas al sindicato y a las huelgas disminuyen notablemente y emergen nuevos repertorios de acción.

En el año 2002 se multiplicaron las experiencias de democracia directa (asambleas barriales, empresas recuperadas, cortes de rutas, cacerolazos) y se deslegitimó el modelo de democracia delegativa. A un año de estas experiencias el conflicto social se haya en gran parte controlado. A las políticas sociales (y sobre todo al Plan Jefes y Jefas de Hogar) se le atribuye una porción de responsabilidad sobre la retirada de un importante grupo de gente de estas acciones colectivas de protesta. Su masividad le permitió al gobierno de transición del Presidente Duhalde recuperar el orden político.

Este año, 2003, la autoridad política se encuentra fortalecida. Todavía no nos es posible plantear una respuesta al interrogante que nos hacíamos al principio acerca de la oportunidad del paradigma asociativo en el sector salud. Sin embargo, sí nos permitimos afirmar que la única posibilidad para que la mayoría de los argentinos que no tienen acceso al sistema de salud sean

¹⁰ Con el término descolectivización se hace referencia a la pérdida de aquellos soportes colectivos que configuraban la identidad del sujeto (sobre todo referido al mundo del trabajo) y por consiguiente, a la entrada a un período de individualización de lo social.

¹¹ “La debilidad de lo público: el núcleo de los problemas de acción colectiva que dificultan enormemente cualquier salida de la crisis argentina de hoy es la debilidad del poder público para organizar o conducir la cooperación. Si por poder público entendemos capacidad de acción política fundada en el consentimiento, de modo que un poder público fuerte es un poder capaz de resolver porque cuenta con un capital de legitimidad, autoridad, consenso y tiempo que le permite arbitrar, asignar costos, definir y sostener cursos de acción de orientación general, es la debilidad de este poder, su falta de autoridad y de consenso, lo que permite el engendramiento de patrones de comportamiento intrínsecamente perversos, que combinan, como dos caras de una moneda, el beneficio individual de corto plazo con el perjuicio colectivo”. Novaro Marcos, “El derrumbe político en el ocaso de la convertibilidad” Editorial Norma 2002.

incluidos, es que este paradigma se imponga a través del fortalecimiento de lo público y la reversión de los procesos de descolectivización.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, C. y Smith, W.: La economía política del ajuste estructural: la lógica de apoyo y oposición a las reformas neoliberales. Desarrollo Económico, Vol 36 N° 141 Abril-Junio 1996.
- Alonso, Guillermo; Las regulaciones del sistema de salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional. INAP, Documento Políticas Públicas N° 41, 1999.
- Ase, I. y Burijovich, J.; La Reforma del Sector Salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas. Revista Administración Pública y Sociedad N° 13, Año 2000.
- Auyero, Javier: La protesta. Retratos de la beligerancia popular en la Argentina democrática. Libros del Rojas 2002.
- Aedo, C. y Toche, A.: Canasta básica en la atención de la salud. ILADES - IERAL, Noviembre de 1996.
- Barbeito, A. y Lo Vuolo, R.: La Nueva Oscuridad de la Política Social. Miño y Dávila Editores, 1993.
- Belmartino, S. y Bloch, C.: Desregulación/Privatización: La relación entre financiamiento y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en la Argentina. Cuadernos Médico Sociales N° 73, Mayo 1998.
- Belmartino S. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. Quién será el árbitro? Lugar Editorial, Buenos Aires 1999.
- Cetrángulo, O. y Devoto, F.: Reformas en la política de salud en la Argentina durante los años noventa con especial referencia a la equidad. CECE, Serie de Estudios N° 27, Septiembre de 1998.
- El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro. Ediciones ISALUD, Asociación de Economía de la Salud, Buenos Aires 1998.
- Encuentro Internacional sobre Seguro Público de Salud, Bariloche, Mayo de 1998. Fundación ISALUD - Gobierno de Río Negro (Recopilación de trabajos).
- Fattore, G. y Vassallo, C.: Crisis e innovación del sistema de salud de Estados Unidos. (Mimeo s/f).
- Katz, Jorge: Salud, Innovación tecnológica y Marco regulatorio. Un comentario sobre el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud". Desarrollo Económico Vol. 35 N° 137 Julio - Septiembre de 1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (Argentina): La garantía de calidad en el Hospital Público de Autogestión. Octubre de 1997.

Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración

- La Serna, Carlos: Crisis del Estado de Bienestar y Gobernabilidad del sistema de políticas sociales: El caso de un estado provincial. IIFAP, Universidad Nacional de Córdoba, Julio 1997.
- La Serna, Carlos: Actores y procesos en la crisis del Estado de Bienestar. Revista Administración Pública y Sociedad N 10, IIFAP, Universidad Nacional de Córdoba, 1998.
- La Serna, Carlos: Políticas, organizaciones y prácticas sociales en la transformación del Estado de Bienestar. Centre d Etudes en Administration International. Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Université de Montréal. Verano de 1998.
- Oletta, José Felix: La reforma del sector salud en Venezuela. II Congreso Interamericano del CLAD, Venezuela, Octubre 1997.
- Oszlack, Oscar: Estado y Sociedad. Las nuevas reglas de juego (Vol. 1). Colección CEA - CBC, UBA, Septiembre de 1997.
- Oyarzo Mansilla, César: La modernización de los sistemas públicos de salud en Chile (1990-1997): Una visión desde el mundo de la economía. II Congreso Interamericano del CLAD, Venezuela, Octubre de 1997.
- Panadeiros, Mónica: Organización del Seguro de Salud en la Argentina. Análisis y propuestas de reforma. Desarrollo Económico Vol 36 Verano 1996.
- Rovere, Mario; Redes: Hacia la construcción de redes en salud. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, 2000.
- Sanchez Rodriguez, Héctor: La modernización de los sistemas públicos de salud en Chile (1990-1997): Una visión política del proceso. II Congreso Interamericano del CLAD, Venezuela, Octubre de 1997.
- Sojo, Ana: Posibilidades y límites de la reforma en la gestión de salud en Chile. Revista de la CEPAL N° 59, Agosto de 1996.
- Vignolo Friz, Carlos: La modernización de los sistemas públicos de salud en Chile (1990-1997): Una visión desde el mundo del managment. II Congreso Interamericano del CLAD, Venezuela, Octubre de 1997.