

LA IMPLANTACION DE "SERVICIOS LOCALES DE SALUD" Problematización del campo

SUSANA BELMARTINO *

Las páginas que siguen pretenden problematizar el campo de los denominados "Servicios Locales de Salud", propuestos por organismos internacionales que actúan en el área como instrumentos adecuados para una estrategia de cambio en el sector. La idea suele ser rechazada sin discusión por aquéllos que la consideran una nueva receta tecnocrática, de las tantas que se han aplicado infructuosamente para incrementar la eficacia y eficiencia de la actividad de los servicios de atención médica. Sin embargo, en el actual contexto de descentralización, privatización y desregulación, puede ser útil iniciar un debate sobre algunos de los temas referidos a la gestión local de este tipo de actividades. Este es el principal objetivo de las ideas que se vuelcan en este artículo.

La discusión del tema en sus aspectos teórico-metodológicos puede centrarse en dos ejes, que procuran demostrar una doble insuficiencia: la de una concepción de lo local en términos políticos reduccionistas y la de una concepción del "servicio" que responde a pautas definidas exclusivamente desde la medicina.

El primer eje aborda, por consiguiente, la necesaria vinculación de la dinámica política local con el conjunto del sistema político en el que se inserta y, más particularmente, la necesidad de valorar las necesidades y exigencias emergentes en el ámbito particular, definido territorial o funcionalmente, a la luz de las prioridades económicas y políticas que la crisis impone a las sociedades en las que lo particular se integra.

El segundo eje remite a una problemática micro, y procura explicitar los elementos presentes en la crisis del modelo médico, las controvertidas perspectivas del cuestionamiento a sus aspectos técnicos, y la discutida instancia -supuestamente democratizadora- reconocida como participación popular en salud.

Estas bases teórico-metodológicas deben pensarse como el referente general de un plan de trabajo. Un referente en proceso de formulación, en condiciones de ser revisado y cuestionado permanentemente, que proporciona orientación tanto para la práctica

* Consejo de Investigaciones, Universidad Nacional de Rosario / Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

investigativa como para la práctica política en el interior del sector, y se retroalimenta con sus resultados.

El marco socio-político

"Las sociedades latinoamericanas viven actualmente circunstancias particularmente difíciles, derivadas de un sinnúmero de privaciones económicas y de complejas mutaciones socio-políticas que no alcanzan a revertir las perspectivas de la región en el mundo. La inmediatez de las situaciones de caos generalizado resulta innegable, como así también, en algunos casos, los riesgos de destrucción nacional".

"Ciertamente, en medio de la crisis, la región también ha avanzado en un proceso de racionalización económica y política, muy a menudo con costos sociales altísimos, pero ha avanzado. ...No obstante esto, las tendencias económicas prospectivas se presentan como amenazadoras del orden democrático -que tanto cuesta mantener- y asimismo, como amenazadoras de las potencialidades de desarrollo".(1)

Los párrafos que inician nuestro análisis, sirven también de introducción a las conclusiones de una investigación sobre las posibilidades de instauración de un nuevo orden estatal en América Latina. Ese es también el eje que proponemos para ordenar nuestra problemática. Si no queremos quedar aprisionados en una perspectiva excesivamente estrecha de "lo local", los sistemas de atención médica gestados en ese nivel deben ser pensados en relación con las propuestas y posibilidades de transformación de la sociedad que los incluye.

En respaldo de esa idea, intentaremos la compleja tarea de articular el análisis de las condiciones de los servicios de atención médica, las nuevas exigencias que les impone la situación de crisis y la definición del conjunto de valores que puede orientar su regulación futura, con las líneas más generales de transformación que la sociedad argentina comienza a plantearse como respuesta a los problemas estructurales puestos en evidencia por la coyuntura crítica.

El análisis de los sistemas de salud, en tanto concreción de opciones políticas, no puede desvincularse de los procesos de transformación del Estado y redefinición de sus vinculaciones con los diferentes sectores que conforman la Sociedad. El eje conceptual del análisis relacionado a las perspectivas de reformulación de los servicios de atención médica deberá integrarse con el desarrollo de nuevas modalidades de articulación entre Estado y Sociedad.

A esas nuevas modalidades de vinculación remiten los principales desafíos impuestos hoy a la sociedad argentina: democratización/modernización del Estado, innovación en políticas económico-sociales, valorización crítica de las pautas culturales predominantes. Las opciones que se afirmen en estos terrenos afectarán sin duda la dinámica y organización de los servicios de salud.

En términos de política económica, la palabra de orden es ajuste. Ajuste de la pugna distributiva interna, ajuste del aparato productivo a las condiciones del mercado mundial,

ajuste del sistema financiero a los niveles de producción, ajuste del gasto estatal en función de recursos genuinos y mecanismos de recaudación. Las modalidades y alcances del ajuste no están predeterminados, los costos sociales, aunque insoslayables, son materia de discusión y negociación entre los actores sociales y políticos más significativos. Los comportamientos de estos actores pueden modelar la reestructuración del aparato productivo, del sistema financiero, del ordenamiento fiscal. Pueden reorientarla, otorgarle impulso o interponer obstáculos más o menos difíciles de superar.

Esta dimensión política adjudicada a los procesos de integración al mercado mundial niega el carácter de "opción única e irremplazable" que los sectores más conservadores adjudican a su propuesta. Según la diferente articulación de los intereses sectoriales en el sistema político, la readecuación asumirá la forma de mera racionalización económica, se presentará como reconversión parcial desindustrializante, o se plegará a metas consensuales de desarrollo nacional.(2)

La misma consideración de la reconversión económica como supeditada a decisiones políticas la vincula conflictivamente con las necesidades de reforma del aparato estatal. La aspiración a una mayor apertura democratizadora de las instituciones políticas parece contradictoria cuando se la piensa en función de los costos sociales del proceso de reconversión. La también indispensable modernización del Estado puede reforzar los aspectos socialmente excluyentes de la política económica adoptada. La democratización del Estado y su modernización parecen remitir a objetivos sociales recíprocamente contradictorios, adscribiéndose a modelos de organización social contrapuestos.

Las líneas predominantes en la política de modernización del Estado -privatización, aumento de tarifas, reducción del empleo estatal, reducción del gasto social- parecen incompatibles con una instancia democratizadora del sistema político que potencie la presencia de los sectores tradicionalmente excluidos en los ámbitos de discusión, formulación y aplicación de las políticas públicas.

Sin embargo la democratización, aun reconociendo su carácter contradictorio con las políticas de reconversión económica y modernización del aparato estatal, es indispensable para otorgar legitimidad a la transformación y garantizar el mantenimiento de las instituciones representativas.

Democratización/redefinición del sistema político

La crisis de los 70 puso en cuestionamiento, en Argentina y en Latinoamérica, el modelo de desarrollo fundado en la gestión centralizada del Estado.

La concepción desarrollista del poder -el Estado cepalino- le adjudicaba caracteres de exterioridad en relación a la Sociedad que tenía la misión de modelar. El Estado se piensa como lugar de concentración del poder, como ámbito de la racionalidad, dotado de coherencia interna y capacidad de manejo de la totalidad de las condiciones de su gestión, con idoneidad técnico operativa suficiente para garantizar la continuidad del crecimiento y la promoción del bienestar.(3)

Así se formula -y se sigue formulando en algunos sectores- el poder estatal en Argentina. Como puro deber ser, indudablemente, ya que el Estado realmente existente carecía y carece de tales atributos de racionalidad y eficacia. Estado débil, sometido a la conflictualidad de un sistema político dominado por la pugna de intereses sectoriales, no logra superar el nivel de demandas más estrechamente corporativas, no logra articularlas en una propuesta que garantice el crecimiento y la satisfacción de las necesidades más perentorias. Estado "politizado", incapaz de otorgar viabilidad a una opción entre las múltiples posibles, y presentarla a la sociedad como expresión consensuada del "bienestar general".

Las características del sistema político, pensado como espacio de compatibilización de demandas y lugar de constitución y expresión de los actores sociales y políticos más significativos, aparecen históricamente como barreras insuperables para la formulación de una propuesta con potencialidad hegemónica. En parte por la inexistencia de marcos institucionales aceptados y respetados por todos los participantes con cuotas efectivas de poder, en parte por las limitaciones estructurales del modo de desarrollo gestado a partir de los años cuarenta.

La emergencia y perduración de las condiciones de crisis da lugar a un relativo sinceramiento en la conceptualización del Estado, que lo ubica más próximo a la Sociedad, más vulnerable a sus conflictos. La estabilidad del régimen político reclama en ese caso normas claras de canalización y regulación de las demandas y expectativas de los diferentes sectores, una reducción de las tensiones que garantice la gobernabilidad del sistema, espacios consensuados de explicitación y compatibilización de intereses contrapuestos.

Una de las estrategias propuestas para redefinir la articulación entre Estado y Sociedad radica en acercar más la sociedad civil al Estado, en un movimiento que no siga la tendencia actual de "privatización" de sus aparatos por la penetración de actores sociales que detentan cuotas significativas de poder, sino que se dirija a la construcción de un espacio efectivamente público, donde todos los intereses y todos los sectores tengan posibilidad de expresión.

Democratización/descentralización

Desde diferentes vertientes, el diagnóstico relacionado con las dificultades para la afirmación de la democracia, al igual que el referido a la débil eficacia social y económica de las políticas implementadas desde el Estado, confluyen en el cuestionamiento de la centralización político-administrativa. El reglamentarismo o la hipertrofia normativa, la concentración de recursos financieros, la proliferación de organismos de especialización sectorial, son algunos de los aspectos asociados al problema. Se afirma que la centralización genera disfunciones, burocratismo, sectorialización, pérdida de coherencia y agilidad en los procesos decisivos, disminución del control social, aumento de los gastos de funcionamiento de los aparatos.(4)

Si la perspectiva democratizadora aboga por la descentralización del poder, la

propuesta modernizante tiene como una de sus estrategias privilegiadas la desconcentración territorial de la administración. En función de esa doble vía de ingreso de la propuesta de municipalización la definición del ámbito de "lo local" participará de la conflictualidad presente en la articulación de democracia y modernización.

La elección de los ejes que definirán un nuevo punto de equilibrio en el balance de poder resultante pasa nuevamente por el sistema político. Si el énfasis se ubica en la desconcentración racionalizadora, el resultado será similar al registrado en Chile, donde, según la definición de un estudio reciente, "los municipios, hoy día, lejos de constituir gobiernos locales, son simples entes administrativos locales de un gobierno central en extremo jerarquizado".(5)

En efecto, el decreto que establece el régimen municipal chileno abandona el principio de autonomía política del municipio, a la vez que le otorga funciones de promoción del desarrollo. De este modo, el municipio se incorpora al sistema de administración y financiamiento del Estado, y a la planificación, ejecución y fiscalización del desarrollo comunal por el gobierno central.

Este tipo de políticas de descentralización administrativa y control político centralizado, procura contener presiones sociales derivadas de situaciones locales que revelan el fracaso de las políticas de desarrollo regional y satisfacción de necesidades básicas: crecimiento poblacional en ciudades con insuficiente infraestructura de servicios, incremento de la pobreza absoluta, desarrollo del mercado de trabajo informal, deterioro ambiental, problemas de transporte y seguridad, insuficiencia de las políticas asistencialistas dirigidas a asegurar alimentación, empleo de emergencia, etc.

La propuesta democratizante responde al mismo diagnóstico de situación, pero intenta conjugar procesos de racionalización y eficacia en la gestión local con una genuina representación y participación de los interesados, resolviendo en forma democrática problemas y desafíos que el Estado central no puede resolver.(6)

El modelo descentralizador/democratizante supone que el ciudadano contribuye como elector, partícipe, supervisor y evaluador de la práctica de desarrollo y gobierno locales. Se trataría de una participación plena en un medio democrático dotado de estructuras formales e informales de manera de garantizar un proceso transaccional y creativo entre gobierno municipal y comunidad.

Sin embargo, este modelo nación-municipio-ciudadano participante no resulta fácilmente identificable en nuestros países, aun en aquéllos donde imperan regímenes democráticos de larga tradición, y con mayor razón en Argentina, dada su característica alternancia de regímenes democráticos y autoritarios. En realidad, las modalidades de ejercicio de los poderes locales autorizan la existencia de dudas sobre su efectiva representatividad, y las relaciones en el interior del sistema político no poseen las características de horizontalidad que el modelo descentralizador supone, encontrándose fuertemente penetradas por prácticas clientelísticas.(7) No bastaría, por consiguiente, con la descentralización del poder político, ni con el voluntario abandono de funciones, competencias y recursos por parte del poder central. Los componentes autoritarios y verticalistas que impregnan la cultura política volverían a crear de manera inmediata

relaciones -esta vez locales- de dependencia/subordinación.

En el mismo sentido, y para el caso de la incorporación al sistema político de organizaciones de la sociedad civil de tipo reivindicativo, o simplemente asociativo, a través de órganos de consulta o involucrados en la gestión de los servicios, se ha señalado el posible riesgo de burocratización, caída en el corporativismo estrecho, clientelismo y cooptación por partidos políticos.(8)

Argentina: organización de la atención médica, políticas de salud, sistema político

El sistema político argentino se ha caracterizado por altos niveles de inestabilidad. Esa característica, que deriva de la continua ruptura de las reglas del juego político por aquéllos que resultan perjudicados por sus resultados y la búsqueda de resolución de los conflictos en espacios no institucionalizados y, por eso mismo, no públicos y fuera del control de la ciudadanía, también ha incidido en la formulación de las políticas de salud y en la organización de los servicios de atención médica.

El sistema de servicios ha sido históricamente blanco de críticas muy cuestionadoras en función de sus condiciones de fragmentación, superposición de jurisdicciones, irracionalidad en la asignación de recursos, accesibilidad diferenciada, y escasa adecuación con los principios generalmente aceptados de equidad, cobertura universal, integralidad de las prestaciones, eficiencia, eficacia.

Todos los intentos racionalizadores, orientados a lograr la integración o coordinación de diferentes subsectores, a evitar la superposición de jurisdicciones, o a desalentar la excesiva burocratización a través de la autarquía de los efectores, chocaron con límites prácticamente insuperables impuestos por la dinámica del sistema político.

También en el ámbito de las políticas de salud el Estado centralizador ha mostrado su ineficacia, en particular si se contraponen los resultados de su acción -las políticas efectivamente implantadas- con los objetivos, declamados reiteradamente, de conducción del sistema, racionalización de su operatoria y afirmación del derecho a la salud.

Ya en la coyuntura de cambio de los años 40, el Estado incorpora demandas que comienzan a generalizarse en el pensamiento salubrista argentino e internacional y se expresan a través de significantes fuertemente connotados ideológicamente: unidad de comando, concentración de potestad normativa en la jurisdicción nacional por razones de interés superior, defensa de la raza, aumento del potencial productivo de la población. La reiterada aspiración de los conductores de la salud pública en Argentina, preocupados por obtener una institución reguladora con jerarquía de Ministerio, se concreta con la celeridad que pueden imponer a sus proyectos los gobiernos que adoptan una modalidad de gestión centralizada y vertical. En 1943 se crea la Dirección de Salud Pública, en 1946 la Secretaría, con rango de Ministerio y jurisdicción sobre todo el territorio nacional.

La unidad jerarquizada, la absorción -teórica- de todas las jurisdicciones pre-existentes, y la acumulación de funciones vinculadas a la problemática de salud/enfermedad, parecen

otorgar al nuevo organismo capacidades auténticamente transformadoras. Sin embargo, las presiones originadas en el sistema político se imponen a las prioridades definidas por los técnicos, y la unidad conseguida comienza a fracturarse apenas lograda: primero se desgajan las funciones de asistencia social, luego se crean Direcciones Generales orientadas a brindar atención médica a gremios significativos por su capacidad organizativa y su vinculación con el Estado. Por último, la fundación Eva Perón se hace cargo de la construcción de hospitales y centros de salud a lo largo del país, en competencia con el mismo Ministerio.

Mientras en el Estado se defiende la necesidad de planificar y normatizar, la dinámica política de la sociedad argentina da nacimiento a la diferenciación en tres subsectores, destinada a afirmarse creciendo en complejidad y fragmentación.

Cada vez en mayor medida, y en tanto la conducción centralizada se debilita progresivamente, la penetración de actores sociales y políticos en los organismos de decisión dependientes del Ejecutivo, y la "feudalización" resultante de la conformación de diferentes clientelas, determina que en el interior del aparato estatal coexistan diferentes proyectos políticos, no siempre compatibles entre sí.

La oposición entre prioridades definidas por el aparato técnico-burocrático y presiones provenientes del sistema político se repetirá cada vez que algún grupo de funcionarios con relativo poder se considere en condiciones de ordenar el sistema, y en forma reiterada la fragmentación volverá a imponerse. El ejemplo más paradigmático, incluso por la escasa viabilidad política de la propuesta, gestada en el interior de una dictadura militar, fue el intento de retirar a los sindicatos la conducción de sus obras sociales, concretado en la aprobación de la ley N° 22269.

Intentos regulatorios mucho menos ambiciosos han mostrado también su relativa inoperancia. En 1970 la ley N° 18610 generaliza el sistema de obras sociales, admitiendo como dato la fragmentación en múltiples instituciones y la legitimidad de los diferentes poderes enquistados en el sector. Al mismo tiempo intenta, sin embargo, poner en marcha mecanismos de regulación que atenúen las iniquidades más flagrantes del sistema. Con ese objeto se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), con atribuciones dirigidas a lograr cierta homogeneidad en las prestaciones y asegurar la viabilidad del conjunto, supervisando el funcionamiento de las obras sociales en sus aspectos técnicos y administrativos, normatizando la información producida, y promoviendo la realización conjunta de programas especiales. Su Fondo de Redistribución, tímido e ineficaz intento de incorporar equidad al modelo, igualando hacia abajo las posibilidades de acceso a la atención de los beneficiarios, pudo acercarse al cumplimiento de esos objetivos sólo en épocas de bonanza; más tarde, la emergencia de la crisis, que socavó las bases financieras del funcionamiento de las instituciones, lo convirtió en un objetivo más de la lucha política entre sindicatos y Estado.

En los últimos años, el gobierno alfonsinista produjo también su propuesta ordenadora. Un ambicioso proyecto de seguro nacional de salud procura garantizar la eficacia normatizadora del Estado en el ámbito de la seguridad social. Asegura la cobertura universal, incorporando a autónomos e indigentes, y propone mecanismos de democratización

de la conducción de las obras sociales, imponiendo la elección de autoridades por los beneficiarios y cortando los lazos que la vinculaban al poder sindical.

Se trata sólo de un proyecto basado en fundamentos de tipo técnico-administrativos, con muy escasa viabilidad política, basado sin duda en una sincera voluntad de reordenar el sector, pero que en la práctica resultó sólo apto para otorgar un nuevo punto de apoyo a la ofensiva radical contra el sindicalismo. Como tal, pierde rápidamente fuerza cuando el gobierno cambia su estrategia e inicia un proceso de cooptación de los grupos corporativos. El sistema de seguridad social se convierte en prenda de la nueva alianza.

Ese carácter otorgado al reconocimiento de la hegemonía sindical sobre el sistema de obras sociales se pone de manifiesto cuando, tras largas y ríspidas negociaciones, se sanciona la ley N° 23660, que restablece con escasas modificaciones el régimen de la ley N° 18610 y la N° 23661, de Administración Nacional del Seguro de Salud, que otorgaba una cobertura universal todavía no efectivizada.

Desde hace casi dos décadas la crisis es fenómeno recurrente y presencia significativa en el interior de la sociedad argentina: crisis económica, crisis política, crisis de valores. El sistema de servicios de atención médica no podía ser indemne a sus consecuencias. El conjunto fragmentario y heterogéneo que acostumbramos a denominar "sistema" aparece, al compás de la crisis, impactado por fuerzas centrifugas que profundizan la separación relativa entre los diferentes subsectores, a la vez que modifican el ordenamiento interno de cada uno de ellos.

En el sector privado se debilitan progresivamente los vínculos asociativos relacionados con la defensa de intereses comunes, que habían resultado fortalecidos a través de la negociación con el sistema de obras sociales. La generalizada desconfianza frente a la capacidad ordenadora del Estado desalienta la conformación de compromisos interinstitucionales que vayan más allá de lo controlable a nivel individual o del grupo de pertenencia. El manejo de la situación de escasez de recursos se convierte en un problema de adaptación, que cada uno de los implicados resuelve conforme a su lugar de inserción en un sistema que agudiza sus características de estratificación y falta de equidad.

Cada ofertante adecua su actuación en el mercado según un particular diagnóstico de posibilidades. Por su parte, la demanda se diversifica o se repliega conforme a una dinámica que se genera fuera del sector: la demanda de fuerza laboral, las condiciones de su remuneración, el sistema de precios relativos, la diferente posibilidad de cada uno de fijar el precio de su trabajo.

Los efectores del sector público se debaten en medio de las contradicciones que les plantea su insuficiencia crónica de recursos, la obsolescencia de sus instalaciones, la insatisfacción de su personal por las condiciones técnicas y remunerativas en que desarrolla su trabajo, frente a una demanda poblacional incrementada por la crisis financiera de las obras sociales, la caída de la cobertura en razón del desempleo y la informalización del aparato productivo, y el empobrecimiento de sectores tradicionalmente atendidos en el subsector privado. En forma igualmente alarmante se potencian los problemas de salud de la población carenciada y sus dificultades para responder satisfactoriamente al tratamiento.

Los indicadores para el corto plazo permiten prever una mayor fragmentación en "mercados" regidos por reglas de juego particulares, la destrucción de todo lazo societal que no pase por agrupamientos corporativos, el estrechamiento de este tipo de vínculos grupales hasta alcanzar sólo a aquéllos en situaciones relativamente homogéneas, y un sector público esforzado casi exclusivamente en contener el estallido social con políticas exclusivamente asistencialistas.

No parece excesivamente aventurado suponer que puede estarse generando una cierta conciencia social inclinada a reconocer la necesidad de un cambio.

Servicios de salud y propuesta descentralizadora

En los últimos años, la discusión sobre el carácter y las funciones del Estado, tema prioritario entre las "cuestiones socialmente significativas" que debe dirimir la sociedad argentina, se reproduce en la esfera de las políticas de salud en una polarización entre opciones "privatistas" y contrapropuestas de orientación "estatalista".

Los contendientes reiteran argumentos por demás conocidos: a las virtudes de la iniciativa privada, a la valoración de la libertad y responsabilidad individuales, a la eficacia disciplinante del "mercado", se oponen los tradicionales argumentos que reclaman justicia social, solidaridad, planificación, invocando la siempre evanescente presencia del Estado/promotor del crecimiento/garante del Bienestar.

El carácter arbitrario de la oposición planteada entre "privatismo" y "estatismo" se pone fácilmente de manifiesto cuando se observan las características del Estado que se pretende erigir como árbitro no comprometido en el conflicto social y la empresa privada a cuya dinámica se confiaría una atención eficaz y oportuna de la población enferma. La observación más superficial revela un aparato estatal "privatizado" por la imbricación de intereses empresariales y corporativos con peso en la definición y aplicación de sus políticas, y un sector empresarial que no basa su dinámica en las fuerzas estimulantes de la competencia, y, por el contrario, pretende colocar al Estado como mediador de una pugna distributiva cada vez más dura, confiando en su regulación y sus estímulos para aumentar su participación en el ingreso total, y confirmando así su carácter histórico de "Estado prebendalista".

Ante la falsa opción contenida en la contraposición entre lo privado y lo estatal, la propuesta democratizadora propone diferenciar lo estatal de lo público, privilegiando la creación de un espacio democrático donde la población beneficiaria del sistema valore los beneficios que recibe, en el doble sentido de "evaluar" y "cargar de valores". Para no incurrir en deslizamientos simplificadoros y empezar a formular propuestas organizativas, la institucionalización de un espacio público sólo puede pensarse en proximidad a los ámbitos de vida y de trabajo de la población, en los lugares donde entra en contacto con el sistema de servicios, en los momentos en que percibe su necesidad de atención y la demanda, en los tiempos en que esa demanda es satisfecha o rechazada.

La definición de la propuesta democratizadora en estos términos, nos conduce a pensar

la reforma del sistema en la esfera de lo local, que en nuestro país puede identificarse con la gestión del municipio.

Siguiendo una línea de razonamiento similar, un documento relativamente reciente de la Organización Panamericana de la Salud afirma:

“la descentralización efectiva de los servicios de salud supone el dislocamiento del flujo de poder político, administrativo y tecnológico, desde ciertas unidades centrales a niveles periféricos, intermedios y locales. La descentralización es así un instrumento de reestructuración del poder, acercando los problemas a las instituciones de niveles intermedio y locales y traspasándoles la capacidad para tomar decisiones”. (9)

Para enriquecer el argumento, tal vez convenga recuperar algunas pautas organizativas valorizadas en los modelos de descentralización política, que pueden ser pensadas también en su aplicación específica a la atención de salud.

1. Es necesario superar la concepción de la administración local como organismo dedicado exclusivamente a dispensar servicios a la población. Los organismos locales, además de una mayor autonomía, deben tener la posibilidad de participar en la toma de decisiones globales. El ente descentralizado no sólo debe tener competencia y funciones propias y decisorias, sino también participar en el proceso de elaboración, decisión y ejecución de programas y normas más generales. (10)

La puesta en marcha de una orientación de este tipo contradice la tradicional aceptación de la mayor eficacia resultante de la “programación centralizada y ejecución descentralizada”, y la fuerte centralización imperante en las instituciones del sector público y de la seguridad social. En los últimos años, una preocupación mayor por la eficiencia, y el reconocimiento de la heterogeneidad de condiciones locales, ha generado una orientación más favorable a la descentralización administrativa, permitiendo una cierta autarquía de los efectores en la asignación de sus recursos, sin llegar a conformarse una política de aplicación generalizada. En ese contexto, la generación de planes y programas a nivel local puede ser posible bajo condiciones políticas muy particulares en algunos municipios, pero su vehiculización “hacia arriba” a fin de garantizar la discusión y formulación de normas más generales a nivel nacional, reconocida como indispensable para asegurar la misma continuidad de lo logrado, será imposible si no se produce al mismo tiempo un movimiento general de democratización de las instituciones comprometidas.

2. Es necesario contrarrestar la tendencia que lleva a la concentración del poder real en organismos no representativos, como son los aparatos de tipo técnico, vinculados a los centros de poder económico social. El predominio de las decisiones debe corresponder a las instituciones representativas, conformadas por elección directa, favoreciendo al mismo tiempo la participación de sindicatos, organismos de vecinos y usuarios, y, en general, todo tipo de organizaciones representativas de diferentes sectores de la sociedad civil. (11) La aplicación de este principio a los servicios de salud obligará sin duda a un acuerdo previo sobre los contenidos de las decisiones tomadas por este tipo de organismos. Ninguna opinión

comprometida con los procesos de afirmación de la democracia negará la legitimidad de la toma de decisiones producida a nivel local sobre las condiciones de efectivización de los servicios de atención médica. Sin embargo, el problema presenta matices que no podrán obviarse: se formalizarán con relativa facilidad acuerdos que respeten la ingerencia de técnicos y legos en los aspectos vinculados a la organización de las prestaciones, a asegurar accesibilidad, continuidad e integralidad en la atención. El consenso se hará más difícil cuando se discuta la legitimidad de integrar a la población en la valoración de los componentes técnicos de la atención prestada.

3. Es preciso realizar una cuidadosa delimitación de las unidades territoriales y, por tanto, la consiguiente definición de los sujetos sociales sobre los que recaerá la descentralización. Los ámbitos funcionales óptimos para la gestión de servicios públicos no corresponden necesariamente a unidades de carácter geográfico, histórico, cultural y social.⁽¹²⁾ En la reorganización del sistema de servicios de salud el problema se explicita en la posible contradicción entre una esfera municipal de gestión de servicios y las necesidades técnicas derivadas del concepto de regionalización, área programática, referencia y contrarreferencia. La resolución del problema a nivel de cada localidad requerirá a menudo delicadas negociaciones interjurisdiccionales, y definiciones que no siempre satisfarán totalmente a los técnicos involucrados.

4. Descentralización y desconcentración no pueden plantearse en términos antagónicos, dado que algunos elementos simples de desconcentración administrativa pueden ser avances que posibilitarán más tarde la descentralización política. Para ser coherentes con nuestro planteo sería necesario observar aquí que la dinámica desconcentración/descentralización dependerá en cada caso de las condiciones políticas del municipio y su vinculación con las autoridades provinciales.

5. Del mismo modo, la descentralización se plantea como condición necesaria pero no suficiente para desarrollar la participación. En organismos descentralizados la participación puede ser obstaculizada por la permanencia de prácticas autoritarias o clientelísticas, o por la distancia puesta por el dominio de un saber basado en presupuestos técnico-científicos. Pese a esas reservas, la descentralización aparece como requisito indispensable para estimular una dinámica participativa, basada en la posibilidad de la difusión de información, el establecimiento de canales de comunicación entre electores y elegidos, técnicos y usuarios, y la búsqueda de mecanismos de articulación entre instituciones representativas y organizaciones sociales. El problema de la participación en salud es sumamente arduo, no solamente porque no aparecen claros los caminos para implementarla, sino también porque el tema ha sido excesivamente manipulado para defender estrategias que sólo buscan descargar en la comunidades carenciadas responsabilidades de las que el gobierno no quiere hacerse cargo, pero tampoco se atreve a rechazar. Aun en las estrategias mejor intencionadas, las prácticas teñidas de paternalismo o clientelismo obstaculizan una auténtica participación.

6. Se deberá tener en cuenta la interrelación de los ámbitos público y privado. Es necesario revertir tanto las fórmulas estatalistas como el criterio que otorga al sector privado el monopolio de la eficiencia. En el sistema de servicios de salud la eficiencia es un valor

a tener en cuenta, y uno de los desafíos del momento radica en demostrar que no necesariamente es contradictorio con la eficacia. Las modalidades de contratación del sector público con la seguridad social conforman una cuestión donde las opciones están particularmente cargadas de valores, reclamando particular atención el problema de la posible mercantilización.

7. Es necesario establecer articulaciones entre los poderes locales y el nivel central que garanticen la generalización y continuidad de las políticas. La lucha por la democracia municipal sólo es viable si se inscribe en procesos sociales más amplios, si es asumida por fuerzas que actúan a nivel estatal, superando el nivel de la conciencia localista.⁽¹³⁾ En las situaciones de heterogeneidad estructural dominantes en América Latina los mecanismos transaccionales entre sociedad y gobierno local pueden ser aptos para dirimir conflictos de interés, pero encontrarán graves limitaciones si intentan definir un sentido común que garantice la afirmación de identidades colectivas, la plena constitución de la ciudadanía, la viabilización de un sistema económico. Por consiguiente, "la clave para determinar el sentido de las propuestas de descentralización está en el sistema político nacional".⁽¹⁴⁾ Nuestra argumentación anterior sobre la relación entre sistema de servicios de salud y sistema político nos exime de insistir sobre la pertinencia de esta reflexión cuando se aborda una propuesta de transformación en el sector.

Servicios de salud/calidad de la atención/ necesidades de la población

Si entre los objetivos adjudicados a la democratización del sistema de servicios incorporamos el que se orienta a favorecer la participación de los interesados en la valorización de su funcionamiento, uno de los interrogantes a responder será, seguramente, si satisface las necesidades a cuya resolución está destinado.

La evaluación de la capacidad de los servicios de atención médica para dar satisfacción a las necesidades resultantes de los problemas de salud/enfermedad se relaciona, en la literatura especializada, con un conjunto más o menos complejo de indicadores que se vinculan a la noción de calidad.

La problematización de la idea de calidad corresponde, de manera prácticamente generalizada, al ámbito de la Administración en Salud. Se trata de una temática referida a la organización y administración de servicios, que ocasionalmente incluye a la relación médico-paciente, pero no se hace cargo del impacto social de la práctica médica.

En una de sus formulaciones más complejas, la de Avedis Donabedian, el modelo de evaluación de calidad se define como capaz de abarcar en un marco unificador los dos componentes de la atención médica: el técnico y el interpersonal, "así como el contenido, la cantidad y el costo monetario" de la misma.⁽¹⁵⁾

La definición del objeto de la evaluación es precisa y clara:

"el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional individual, a un

episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Es posible dividir este tratamiento en dos aspectos: el técnico y el interpersonal. La atención médica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Va acompañado de la interacción social y económica entre el paciente y el facultativo".(16)

Más adelante se especifica aún más el contenido de cada término: la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios a la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares.(17)

¿Hasta qué punto el concepto de calidad, así formulado, puede servirnos para valorar la eficacia social de la atención médica? ¿La calidad promedio de los actos individuales de atención nos proporciona un indicador-resumen de calidad del sistema de servicios, apto para su valoración social?

Un primer señalamiento parece medianamente obvio: esa conceptualización de calidad da por supuesta la accesibilidad generalizada. La atención médica se evalúa a partir de la formulación de la demanda de atención y cuando ésta ha merecido la respuesta de un profesional calificado para satisfacerla. El conocimiento generalizado de las falencias de nuestros servicios de salud, tanto los públicos como aquellos financiados por la seguridad social, nos libera de la necesidad de fundamentar que cualquier reformulación de la noción de calidad en el sentido explicitado debe involucrar necesariamente ese aspecto.

Pero el problema no termina allí. Las concepciones generalizadas en torno a la evaluación de calidad suponen también otra falencia: lo técnico se plantea como exterior a la evaluación, y ésta no lo compromete. Es un presupuesto de la atención, y su calidad se define por fuera de la misma práctica, su cuestionamiento, afirmación o refutación, corresponden a la esfera de las ciencias y su aplicación al acto médico es simplemente eso: aplicación de un saber dado.

Incluso el segundo componente de la evaluación de calidad, la relación interpersonal, puede entenderse en algunas perspectivas como adecuado reforzamiento del componente técnico, a partir de "reordenar" la comprensión del problema por parte del paciente. Comprender los síntomas y signos del mismo tal como son leídos por el médico, y aceptar la definición que éste formula, tanto del problema como de su solución.

Se articula en esta perspectiva una concepción que ya podríamos llamar "tradicional" de la actividad científica: una ciencia autónoma, sólo sujeta a criterios de validación internos, producida por una comunidad científica autocontrolada a partir de la aceptación por parte de sus miembros de un determinado conjunto de valores y normas.

Esta visión de la ciencia está siendo hoy cuestionada no sólo a partir del fenómeno de la industrialización de la actividad científica, que la somete en mayor o menor grado a los dictámenes del poder y del mercado, sino también en sus mismos fundamentos teóricos, a través del rechazo al concepto de neutralidad valorativa del conocimiento. Algunas de estas

convulsiones están alcanzando a la medicina y su práctica.

El cuestionamiento al supuesto de “eficacia técnica”

El supuesto de eficacia técnica de la intervención de la medicina en los procesos de salud/enfermedad ha sido cuestionado desde diferentes perspectivas. En general el objetivo común ha sido desnudar las manifiestas limitaciones que se verifican en sus mismos presupuestos científicos cuando se trata de evaluar la eficacia social de su práctica.

Eduardo Menéndez ha formulado una enriquecedora contribución a esta perspectiva crítica a partir del concepto de modelo médico hegemónico (MMH).

En su formulación establece como rasgo dominante del MMH el biologismo, que considera no sólo como factor que garantiza la científicidad del modelo, sino también como aquel que se distingue por la diferenciación y jerarquización que se le otorga en relación a otros factores explicativos.

“El biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad”. (18)

En la construcción de Menéndez lo biológico se piensa como parte constitutiva de la formación médica profesional, el médico no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los referidos a los paradigmas biológicos. Esto se expresa no sólo en la práctica clínica, sino también en la epidemiología, que además de no considerar la historicidad de los problemas que aborda, utiliza como principales variables aquellas que más fácilmente puede referir a procesos biologizados: sexo y edad.

Como consecuencia de este y otros rasgos del modelo, tanto la práctica clínica como la epidemiología mostrarán limitaciones cuando se trate de pensar y actuar sobre determinados problemas de salud/enfermedad.

“...El MMH en consecuencia se relaciona con el modelo hegemónico de sociedad no conflictiva, competitiva, que asume su desarrollo a través de establecer capacidades desiguales; que inclusive son planteadas como diferenciaciones biológicas. El proceso social y los fundamentos sociales son reemplazados por un proceso evolutivo orgánico. Dentro de este proceso la productividad aparecerá como el objetivo manifiesto que funda al mismo tiempo las diferencias sociales y las diferencias en el acceso a las condiciones de salud. La enfermedad será apropiada aisladamente por el Modelo y tratada eficazmente, y ello se demostrará a través de determinados indicadores biológicos o biologizantes que servirán de ahora en adelante como demostración objetiva de la eficacia. El MMH necesariamente tenderá a enmascarar los procesos sociales profundos que condicionan la situación diferenciada de salud”. (19)

Los límites de eficacia de la práctica médica señalados por Menéndez no sólo se limitan a la incapacidad para dar cuenta de los procesos sociales vinculados a la salud/enfermedad, se agrega también en su análisis un componente iatrogénico, que se verifica, por ejemplo, en la medicalización de tensiones psicosociales y desórdenes mentales a través del uso de fármacos, y la creciente farmacodependencia, que en su pensamiento se expresa como un proceso iniciado desde la infancia, con tónicos antitusígenos y drogas para niños hiperkinéticos.

El estudio de la iatrogenia médica, que había tenido un primer disparador en los trabajos de Ivan Ilich, es retomado luego desde diferentes vertientes: en algunos casos para cuestionar el intervencionismo y la aplicación acrítica de tecnología, en otros para remitir al individuo el control de los factores de la salud/enfermedad.

Muy próxima en términos conceptuales de las interpretaciones de la práctica médica como productora de nuevas circunstancias patógenas se encuentra la idea de medicalización. En este caso el efecto patógeno no remitiría al individuo ni tendría manifestaciones psíquicas o biológicas, sino que alcanzaría al conjunto de representaciones colectivas sobre la salud/enfermedad, reforzando el poder y prestigio de los curadores, y actuando como elemento de normatización y control de presuntas desviaciones.

Robert Crawford, en un estimulante artículo del *International Journal of Health Services* reconoce dos sentidos en la utilización del vocablo "medicalización", cuya introducción en la literatura sobre salud atribuye a Irving Zola. El primero se vincula con la creciente variedad de fenómenos sociales de los que se hace cargo la medicina y se refiere a la expansión de poder profesional sobre amplias esferas de la vida de los individuos, en particular lo que se considera "desviaciones de conducta"; reemplazando o complementando la actuación de la esfera jurídica o religiosa y sus formas de control social. Este sentido del término medicalización se relaciona con dos atributos de la profesión médica: su control exclusivo sobre los contenidos de su trabajo y su tendencia a generalizar su intervención más allá de los aspectos técnicos.(20)

El segundo significado otorgado al término "medicalización" se referiría a la ampliación del conjunto de fenómenos sociales mediados por los conceptos de salud/enfermedad. Mientras aumenta en nuestra sociedad la preocupación por la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, una parte crecientemente significativa de la actividad de los individuos es pensada en relación a su efecto sobre la salud. La prevención de la enfermedad se convierte en una norma invasora por la cual son juzgadas una cantidad de conductas: comer, beber, trabajar, las actividades relacionadas con el ocio.

Como una primera aproximación al tema se podría retomar el análisis de Foucault sobre la engañadora valoración positiva que se asocia con el saber transmitido.

"En realidad -nos aclara en uno de sus diálogos- funciona según todo un juego de represión y de exclusión...: exclusión de aquellos que no tienen derecho al saber, o que no tienen derecho más que a un determinado tipo de saber; imposición de una cierta norma, de un cierto filtro de saber que se oculta bajo el aspecto desinteresado, universal, objetivo, del conocimiento; existencia de lo que podría llamarse 'los circuitos reservados del saber' aquellos que se

forman en el interior de un aparato de administración de gobierno, de un aparato de producción, y a los cuales no se tiene acceso desde fuera".(21)

Y más adelante, en el mismo texto, señala que la distinción que se hace entre culpable e inocente y la que se formula entre normal y patológico se refuerzan mutuamente: "Cuando un juicio no puede enunciarse en términos de bien y de mal se lo expresa en términos de normal y de anormal. Y cuando se trata de justificar esta última distinción, se hacen consideraciones sobre lo que es bueno o nocivo para el individuo".(22)

En algún momento del análisis el saber que se arroja la capacidad de normatizar lo normal y lo patológico se institucionaliza como una de las formas de ejercicio del poder. Pero éste no sólo debe pensarse en sus manifestaciones políticas, en la esfera del poder estatal. La mecánica del poder tiene una forma capilar de existencia que le permite encontrar "el núcleo mismo de los individuos" alcanzar su cuerpo, insertarse "en sus gestos, sus actitudes, sus discursos, su aprendizaje, su vida cotidiana", (23) a partir de una gama de instancias, "ínfimas con frecuencia, de jerarquía, de control, de vigilancia, de prohibiciones, de sujeciones".(24)

Con la misma intención, señala Jean Claude Guyot:

"...no es posible ilusionarse con la desacralización del poder en nuestras sociedades técnicas. La racionalidad técnica se impone por sí misma en un marco axiológico por medio de normas cuya función es precisamente introducir valores nuevos en un espacio y un tiempo de civilización de los que se han barrido las antiguas formas de lo sagrado. A lo sumo se puede decir que esta sacralización moderna del poder comporta otros modelos de expresión que nuevos actores sociales tienen la responsabilidad de promover. Entre estos últimos el médico, y sobre todo el cirujano, el hombre de blanco, cuya aura carismática ha suplantado la del sacerdote, ocupa un buen lugar. Justo retorno de las cosas para una toma de posesión médica que los siglos pasados habían hecho nacer en el marco de la institución religiosa. Es verdad, hoy, que ya no se osa decir que la medicina es un sacerdocio, y veremos más adelante que la socialización de la demanda de atención de alguna manera ha desacralizado la relación del hombre con la enfermedad y con la medicina. Pero esta desacralización no destruyó sin embargo la importancia de una función social que da 'al hombre del arte' el privilegio de un poder sobre la vida y la muerte".(25)

Foucault nos habla de una sociedad de la normalización, donde vanamente el principio de soberanía del individuo fundado en el derecho, choca continuamente con la mecánica de la normalización disciplinaria. "Los avances de la medicina, la medicalización general del comportamiento, de las conductas, de los discursos, de los deseos, etc., tienen lugar en el frente en el que se encuentran los dos planos heterogéneos de la disciplina y de la soberanía".(26)

Este análisis ha sido retomado desde múltiples perspectivas, pero, reiteradamente, el conflicto entre soberanía individual y normalización societal se reproduce sin encontrar una delimitación clara que pueda ser aplicable al campo de la atención de salud.

Giovanni Berlinguer, por ejemplo, después de un enriquecedor análisis de los límites y contradicciones existentes en las prácticas de promoción de la salud y defensa contra la enfermedad en las sociedades contemporáneas, aboga por otorgar nuevo significado a una palabra "que en los últimos diez años se ha tratado de borrar del vocabulario político y sanitario: solidaridad".(27)

Según el sanitarista italiano el panorama social, político y ético vinculado a temas de salud a nivel internacional da poco margen para la esperanza. Los privilegios de individuos y naciones ayudan a la proliferación de excesos y "alimentan un creciente egoísmo". Como tendencia contraria, sin embargo, es posible señalar una mayor conciencia de la indivisibilidad de la salud, de su interdependencia, del fenómeno señalado por Sigerist: "Existe una solidaridad humana de los problemas sanitarios que no puede ser impunemente desatendida".(28)

En las palabras de Berlinguer, este nuevo reconocimiento de la necesaria vigencia de la solidaridad comienza a ser una exigencia objetiva para la supervivencia, y responde no sólo a un sentimiento, sino también a lo que podría llamarse egoísmo maduro.

En el otro extremo del espectro ideológico se ubica el énfasis en la responsabilidad individual. El recorte que va desde un medio social potencialmente nocivo a un "medioambiente personal", susceptible de control por parte de los individuos.

En esta perspectiva, la responsabilidad individual es el mecanismo considerado apto para eludir una experiencia medicalizada y lograr una práctica más significativa, autónoma y efectiva de promoción y recuperación de la salud.

En esta misma orientación se alinean, según Crawford, movimientos que en los últimos años se han expandido considerablemente, como el "holístico" o el basado en la "auto-ayuda", que frecuentemente desafían la medicina profesional. Procuran disminuir la confianza que las personas depositan en los médicos y sustituirla por actividades individuales o de grupo dirigidas a mejorar la salud, controlar las enfermedades crónicas, adquirir habilidades diagnósticas y terapéuticas y adoptar prácticas preventivas ante la enfermedad. Según Levin, uno de sus principales defensores, el auto-cuidado es "un proceso por el cual una persona lea puede actuar según su propia opinión en materia de promoción de la salud y prevención, detección y tratamiento de la enfermedad".(29)

Si la propuesta de recrear vínculos solidarios destruidos por el contractualismo dominante supone riesgo de volver a pensar la sociedad como organismo y otorgarle una función rectora a sus partes supuestamente más nobles, el individualismo es también pasible de lecturas que van más allá de lo que explícitamente se formula. En general se lo acusa, con razón, de "culpar a la víctima".

La articulación de moralidad y culpa con salud y enfermedad es uno de los más complejos temas que se abordan actualmente en el análisis histórico de las concepciones de salud/enfermedad. Los términos salud y enfermedad han tenido siempre asociadas significaciones éticas, vinculadas con la culpa, el castigo, la desviación de la norma, y como tales no sólo constituyen identidades, frecuentemente también actúan legitimando prácticas excluyentes asociadas a la percepción de lo "a-normal" como portador de riesgo.

El fracaso en mantenerse saludable es considerado como una especie de incapacidad para estar bien, un inconsciente deseo de estar enfermo o simplemente una falta de deseo. Se construye así un potencial-rol de enfermo.⁽³⁰⁾ El concepto de desviación es extendido desde la persona enferma a la persona potencialmente enferma, desde la manifestación de la enfermedad a lo que se considera conducta no saludable.

De este modo, argumentan algunos, por otro camino, se vuelve a caer en lo que originalmente se intentó combatir: la “medicalización” de la vida cotidiana. En este caso “medicalización” significa difusión cultural de la percepción médica sobre identidades y conductas del ser humano. Según esta perspectiva los movimientos de auto-ayuda atacan a la medicina como institución, pero dejan incólumes algunas de las más fundamentales concepciones culturales afirmadas por el modelo médico.

Para complicar aún más el panorama, surge Robert Castel analizando los cambios que para la organización futura de la práctica médica y los contenidos de la relación médico-paciente supondrá la nueva concepción del riesgo. En su lectura, las nuevas estrategias implican la disolución de la noción de sujeto, o de individuo concreto, que es reemplazado por una combinatoria de factores, los factores de riesgo. El eje del proceso recaería en la construcción de un flujo de población a partir de la articulación de factores abstractos que son susceptibles de producir un riesgo.

En su argumento, Castel recupera la obra del psiquiatra francés Mores, que en el siglo XIX formula el concepto de degeneración, a partir de considerar la frecuencia de las enfermedades mentales y de otras anomalías en las capas más desfavorecidas de la población. Relacionando esta frecuencia con las condiciones de vida del subproletariado -desnutrición, alcoholismo, hábitat, promiscuidad sexual- razona en términos de riesgos objetivos, es decir, correlaciones estadísticas entre series de fenómenos. Sin embargo, no puede avanzar en las prácticas preventivas porque no dispone de técnicas específicas. “Intervenir significa siempre para él entrar en contacto o hacerse cargo directamente de individuos singulares”.⁽³¹⁾

Esta barrera se supera en el momento en que la noción de riesgo se autonomiza respecto de la de sujeto peligroso. Un riesgo no es resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables. Este cambio en la conceptualización preventiva promueve una nueva “modalidad de vigilancia”: la detección sistémica. Existe vigilancia en el sentido de que el objetivo que se pretende es el de anticipar e impedir la emergencia de un suceso no deseable: enfermedad, anomalía, o comportamiento desviado. Pero esta vigilancia no requiere la presencia real, el contacto, entre “el vigilante y el vigilado, el guardián y el guardado, el curador y el curado”.

Aunque la reseña de Castel remite específicamente al ámbito de la psiquiatría, algunas de sus reflexiones tienen valor generalizable:

“Las ideologías modernas de la prevención están sobrecargadas de una gran ensoñación

tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto del accidente, concebido éste como irrupción de lo imprevisto. En nombre del mito de la erradicación total del riesgo tales ideologías constituyen en su propio provecho un enjambre de nuevos riesgos que, a su vez, se convierten en blancos de intervenciones preventivas. Conjuntos de riesgos entre los que están, no sólo esos peligros adheridos al interior del sujeto como si fuesen la consecuencia de las debilidades de su voluntad, de la irracionalidad de sus deseos o de la imprevisibilidad de su libertad, sino también las amenazas exógenas, las tentaciones exteriores, de las cuales no ha sabido liberarse: el alcohol, el tabaco, los malos hábitos alimenticios, los accidentes de carretera, las incidencias y las poluciones de todo tipo, los alevos meteorológicos y así sucesivamente. De este modo una gran utopía higienista juega al mismo tiempo alternativamente sobre los registros del miedo y de la seguridad para imponer un delirio de racionalidad descarnada, el reino absoluto de la razón calculadora y el poder no menos absoluto de sus agentes, planificadores y tecnócratas, administradores de la felicidad de una vida en la que no sucede nada". (32)

Intento de cierre provisorio

¿Podemos cerrar el análisis considerando que la polémica se vincula exclusivamente con la apelación a dos tipos de gestión estatal, el Estado Gendarme, defendido por los neoliberales, y lo que Foucault denomina Estado "Pastor", forma de poder político basado en una "combinación compleja de técnicas de individuación y procedimientos totalizadores", que sus defensores han identificado positivamente como Estado de Bienestar?

Pensamos que el problema es más complejo. Y proponemos como hipótesis ordenadora la triple distinción que hace Habermas cuando analiza las contradicciones del Estado social, que plantea como contradicciones entre objetivos y métodos.

"Su objetivo es el establecimiento de formas vitales estructuradas igualmente que, al mismo tiempo, permitan ámbitos para la autorrealización y espontaneidad individuales. Pero, evidentemente, ese objetivo no puede alcanzarse por la vía directa de una aplicación jurídico-administrativa de programas políticos. La generación de nuevas formas vitales es una tarea excesiva para el medio del poder". (33)

Frente a lo que considera un dilema contemporáneo: "que el capitalismo desarrollado no pueda vivir con el Estado social, y al mismo tiempo, tampoco pueda hacerlo sin él". (34) Habermas distingue tres tipos de reacciones, el legitimismo, basado en la recuperación de las instituciones del bienestar, intentando conservar lo ya establecido; el neoconservadurismo, que se caracteriza por una política económica orientada hacia la oferta, la reducción de los costos de legitimación del sistema político, y el estímulo a los valores de la ética convencional, el patriotismo, la religión burguesa y la cultura popular. Esto último, "con el fin de compensar al mundo vital privado por las cargas personales y para defenderlo de la presión de la sociedad competitiva y de la modernización acelerada". Reflexión que, sin duda, vincula el tema con la esfera de las identidades y representaciones en el ámbito de la

salud/enfermedad.

Finalmente, un tercer modelo de reacción, que nos interesa señalar aquí, se formula a partir de la “disidencia de los críticos del crecimiento” que, según Habermas, tendrían una “posición ambigua” frente al Estado social.

“Únicamente los disidentes de la sociedad industrial parten del supuesto de que el mundo vital está igualmente amenazado por la mercantilización y la burocratización, y ninguno de los dos medios, poder o dinero es ‘más inocente’ que el otro principio”.

“Solamente ellos reclaman que se rompa, o por lo menos se contenga la dinámica propia de los subsistemas que organizan el poder y el dinero, por medio de formas de organizaciones autogestionadas próximas a la democracia de base”.(35)

En el mismo registro puede leerse a Foucault, cuando afirma que hoy prevalecen las luchas contra las formas de sometimiento, contra la “sumisión de la subjetividad”, pese a que las luchas contra la dominación y la explotación sigan *in crescendo*. Estas luchas contra la autoridad, en las que Foucault incluye explícitamente las resistencias a la medicalización, se caracterizarían por luchas “transversales”, no limitándose a países con un tipo particular de gobierno político o económico; son luchas “inmediatas”, porque se dirigen a los efectos de poder que aparecen ligados al saber, a la competencia y a la cualificación. Otras dos características mencionadas por el pensador francés merecen rescatarse: en primer lugar, mientras afirman el derecho a la divergencia y subrayan los rasgos verdaderamente individuales, se enfrentan de modo simultáneo a todo lo que pueda aislar al individuo, separándolo de la vida comunitaria, obligándolo a replegarse sobre sí mismo y atarse a su propia identidad. En segundo término, el objeto de estas luchas son los efectos de poder en tanto tales. El reproche que se hace a la profesión médica no radica en su fines lucrativos, sino en el ejercicio “sin control de un poder sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte”.(36)

Con un sentido seguramente menos “radical”, Berlinguer señala que los movimientos populares por la salud de los últimos decenios han descuidado temas propuestos luego por los “verdes” en otras matrices culturales. En su opinión, la separación de las dos experiencias ha perjudicado a ambas, impidiéndoles asumir la necesidad de modificar las relaciones sociales al mismo tiempo que las técnicas, las culturas, los poderes; fuerzas que han puesto en marcha un proceso que no sólo crea desequilibrios e injusticias, sino que también representa una amenaza para la supervivencia de la especie.

En su óptica, el estudio de los factores individuales o colectivos, de comportamiento o ambientales, que influyen sobre la situación de salud, multiplica la capacidad de convencer y obtener resultados positivos en un terreno que conlleva responsabilidades individuales y colectivas. El ámbito donde tales responsabilidades se concretan no puede ser otro que el de una democracia profundizada.

A esta altura parece indispensable señalar que el análisis de posibles instancias contrahegemónicas ha girado en los últimos años sobre el estudio de “movimientos

sociales", olvidando, o relegando a un segundo término no explicitado, el concepto tradicional en el sector salud de "participación comunitaria".

Tal como se señala en un estudio reciente, los nuevos movimientos sociales rompen de alguna manera el monopolio de la representación social en manos de los actores partidarios, y lo hacen de manera puntual pero fragmentada, a la vez que se perfilan demandas de representación social también en el plano institucional (poder local, descentralización).⁽³⁷⁾

Puede parecer excesiva la pretensión de diferenciar "movimientos sociales" de "participación popular", sin embargo, resulta indispensable señalar la diferencia de la movilización espontánea y autónoma, natural de los movimientos y de las demandas de participación en organismos representativos pre-existentes, del estímulo a participar en instituciones normalmente no representativas, como es el caso de los servicios de salud.

Como instrumento para comenzar a desbrozar el problema puede utilizarse la tipología propuesta por Calderón para los movimientos sociales:

1- Formas de organización que se dirigen hacia el Estado, cuyas demandas se orientan hacia el municipio y los gobiernos provinciales. Demandan mejoras en los suministros de servicios urbanos y adquieren la forma de comités, centros barriales, juntas de vecinos, etc.

2- Formas menos institucionalizadas y más espontáneas, que surgen ante coyunturas generalmente críticas, y que si bien consideran a los representantes del Estado como interlocutores formales, dirigen su mensaje hacia la opinión pública. Son los movimientos por la obtención de tierras o viviendas, asentamientos, ocupaciones ilegales, movimientos de protesta, etc.

3- Movimientos que crean opciones autogestionarias de producción y abastecimiento, y que han abandonado al Estado como interlocutor y como posible y necesario garante de la prestación de servicios. Cooperativas de consumo, servicios de salud populares, comunidades eclesiales de base, ollas populares, etc.

4- Un tipo de organización ligado a luchas más bien culturales y netamente expresivas y simbólicas: movimientos ecologistas, juveniles, feministas, etc. Parecen señalar una opción por la no canalización de las demandas por las vías institucionales y políticas tradicionalmente centralistas. Se trata de una aspiración a cierto grado de participación más abierta, sin compromisos con la autoridad, a veces invalidantes de las ideologías partidarias o de los escalafones políticos.

En nuestra experiencia, los movimientos con objetivos de salud parecen corresponder en general al primer tipo, aunque han tenido presencia limitada en el país. En general los movimientos vecinalistas suelen incorporar entre sus demandas el apoyo de los municipios para la instalación de servicios de atención médica, otorgándole un sentido que de ninguna manera pueden pensarse como contrahegemónico. Por el contrario, se orientan a lograr una ampliación de cobertura o mayor facilidad de acceso a los servicios, sin cuestionar el modelo médico o proponer algún tipo de alternativa.

En el modelo individualizado en cuarto lugar, relacionado con la explicitación de inquietudes de índole cultural/simbólica, pueden tener un lugar relevante las preocupaciones

asociadas a la salud/enfermedad. Ejemplos clásicos son los movimientos feministas o de homosexuales, los de autoayuda, etc. Pero han tenido escasa repercusión en nuestro medio.

Habría por lo menos dos interrogantes, aptos para conformar un problema de investigación: en primer lugar, las razones de la escasa presencia de reivindicaciones relacionadas con servicios de atención médica en los movimientos populares, en segundo término, la aceptación no cuestionada del modelo médico en las prácticas de atención de salud, que convierte a la población en altamente dependiente de las líneas de intervención definidas en la esfera técnica. Los cuestionamientos pueden ser implícitos, cuando la demanda se dirige hacia curadores no-legitimados o prácticas de auto-medicación, etc., y de ese modo no se constituyen en portadores de un desconocimiento franco del modelo impuesto por la práctica médica.

Elementos para una redefinición del concepto de calidad

Un problema metodológico específico, ubicado en el nivel de la conceptualización teórica, se relaciona con la necesidad de redefinir el concepto de calidad, de manera de construir una propuesta operativa para evaluar la gestión de los servicios, no sólo en la construcción de la relación terapéutica, sino también en los componentes sociales, culturales, ideológicos, vinculados a la práctica médica.

Un primer aspecto a considerar es la cuestión de la accesibilidad. Sin recaer necesariamente en el principio tradicional de accesibilidad igualitaria, formalizado hasta el punto de carecer de contenidos sustantivos, parece elemental suponer que la noción de calidad debe contemplar los límites existentes en la posibilidad de la población de acceder al servicio.

Como cuestión a resolver debe plantearse la conveniencia de seguir pensando en una población a cargo, mas allá de la que se pueda definir a través de la demanda espontánea y los deslizamientos de cobertura que provoca la situación de crisis. Salvo en la zona perfectamente delimitada de las villas de emergencia, la gran estratificación de la población de nuestros barrios dificulta la diferenciación de clientelas.

Otro aspecto vinculado a la accesibilidad es la organización de los servicios, que facilita o dificulta la efectivización de la consulta o la práctica requeridas. La disponibilidad de personal administrativo, la referencia a servicios diagnósticos, la misma conformación de equipo de salud tienen importancia cuando se problematiza el tema.

Aunque la integralidad de la atención y la continuidad del tratamiento pueden considerarse como componentes del concepto de accesibilidad, generalmente merecen mención específica. Un punto a discutir aquí es si debe comprenderse en el concepto de integralidad el apoyo de personal especializado en situaciones familiares en que la emergencia de un problema de enfermedad crea condiciones de difícil manejo por parte de los afectados.

La cuestión de la continuidad se articula con el problema de la despersonalización de

la atención, manifiesto en los servicios públicos, pero potencialmente presente en toda organización burocratizada.

Hasta aquí, el referente calidad está pensando en el tiempo y lugar en que la población se vincula con el servicio. Será indispensable, sin embargo, prestar atención a lo que sucede en los individuos y grupos antes y después de formalizar su demanda de atención.

En el momento anterior a la explicitación de la demanda o la efectivización de la consulta cobran importancia las condiciones ya mencionadas como límites en la percepción y reconocimiento de sensaciones mórbidas, diferente valoración de síntomas, particular discriminación de lo normal y lo patológico en diferentes modalidades de organización de los servicios, colas y dificultades burocráticas que inducen desaliento, problemas relacionados con el desconocimiento de la oferta de servicios especializados.

Una vez producido el contacto con el personal de salud, los límites a la eficacia pueden provenir de dificultades en la comprensión o ejecución de las prescripciones, falta de apoyo familiar o social en situaciones familiares complejas, factores no controlables por el paciente que dificulten el tratamiento o determinen su interrupción.

Por otra parte, la referencia específica a "individuos y grupos" está relacionada con dos aclaraciones indispensables: no estamos pensando aquí en cuestiones vinculadas a la medición de impacto, en términos de cambios en los indicadores de morbimortalidad como resultado de una intervención sanitaria planificada. Tampoco en la evaluación del cumplimiento de metas de cobertura, que implican un supuesto de relación automática entre oferta de servicios y respuesta de la población. Por el contrario, nos referimos a conductas particulares de individuos concretos, puestas en marcha como respuesta a la percepción de síntomas de enfermedad o inducidas por la prescripción de un técnico en el momento de acceder a un servicio. La relación individuos potencialmente enfermos-servicios de salud debe pensarse como un proceso que se actualiza cada vez que un miembro de la clientela real o potencial de los servicios percibe síntomas o signos que asocia con condiciones de enfermedad. Situación que llega a una resolución -parcial, total o nula- después de la efectivización de la consulta.

La segunda especificación es que todo esto no puede ser pensado en referencia a una "población", sin más precisiones. Cada una de estas cuestiones se llenará de contenidos diferentes según el grupo poblacional implicado. La forma particular en que lo social modela las conductas de salud/enfermedad es un referente indispensable de la conceptualización del problema.

El reconocimiento del necesario protagonismo de la población en la conformación del campo de la salud obliga a pensar en el papel que puede jugar la epidemiología como elemento orientador en la organización de los servicios.

Esta perspectiva supone poner el centro en la población, abordar el estudio de los procesos de salud/enfermedad en diferentes grupos, reconociendo sus particularidades y sus relaciones con la totalidad social.

El aporte del enfoque socioepidemiológico permite, a través de encuestas especiales, identificar características y construir perfiles diferenciales de salud/enfermedad, poniendo

en cuestión al sistema organizado a partir de normas técnicas basadas en un saber científico que incluye un supuesto de homogeneidad entre individuos.

De esta manera, lo que orienta las acciones de intervención sanitaria son problemas de índole bio-social, en los que se reconocen niveles de determinación estructural y mediaciones en relación con las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales.

Por otro lado, al considerar la salud/enfermedad como proceso, y por lo tanto, en esencia dinámico y cambiante, incorporando la dimensión temporal, plantea la necesidad de desarrollar metodologías de base epidemiológica que permitan abordar los problemas en su dinámica social a través del tiempo, incluyendo tanto la visión retrospectiva como prospectiva, para explicar las múltiples relaciones que se establecen entre las distintas dimensiones que configuran los procesos observables.

El enfoque socio-epidemiológico es un concepto complejo, que involucra en sí mismo evaluación de calidad, en cuanto remite al conocimiento de necesidades y respuestas sociales en salud.

Si no sólo nos preocupan los componentes técnicos de la oferta terapéutica del servicio, sino también la interacción con la población demandante bajo una modalidad que permita a ésta expresar sus necesidades e incorporar la respuesta técnica en el nivel en que resulte más eficaz en función de su bagaje cultural, no podremos pensar en una organización estandarizada, supuestamente apta para responder en forma uniforme a la totalidad de las necesidades de atención de diferentes grupos sociales.

Hace ya tiempo que los trabajos sobre medicina social proponen una atención que no sea igualitaria, sino que dé más a los menos favorecidos. Un cierto matiz que podría incorporarse a la propuesta sería no dar más cantidad de lo mismo, sino calidades diferentes, o pensar cada servicio en términos de contenidos específicos para la noción de calidad, que en este caso adquiere una connotación valorativa relacionada con el tradicional principio de equidad.

Una reflexión indispensable en este punto es que la reivindicación de defensa de prerrogativas individuales en la definición de prácticas de salud es, en nuestras sociedades, sólo aplicable a los sectores medios y altos, únicos con efectiva capacidad de optar. Sólo los sectores con cierto poder adquisitivo y nivel de educación adecuado, tienen condiciones para conocer las opciones disponibles y, en cierto modo, los riesgos y beneficios derivados de cada una de ellas. La población carenciada no necesita paternalismo, pero sí protección, en tanto otras políticas, de indudable contenido extrasectorial, al desarrollarse vehiculizan para ella mejores posibilidades de inserción social. No es posible entrar en complicidad con la sobresimplificación presente en la afirmación: "el pueblo sabe".

No es posible desvincular de su contexto las expresiones culturales o los saberes de los sectores populares y valorarlos como testimonios que expresan la sabiduría de la tradición y la exaltación del orden "natural". Se tiende también a imaginar una supuesta identidad esencial de "lo popular", idealizando sus prácticas y saberes, según se confronte a la cultura oficial y conduzca a la hegemonía de un "verdadero" sujeto popular.

Tal idealización es problemática y riesgosa, ya que supone un principio de no

intervención aun cuando está en juego la vida, bajo el argumento del respeto por el otro.

Comentario final

Después de haber desarrollado en su complejidad y extensión el campo problemático, sólo nos queda reiterar los límites de nuestro intento de asumirlo precisamente en ese carácter: problemático o problematizable.

Las múltiples cuestiones que hemos intentado ordenar en este espacio parecen razón suficiente para no sacar conclusiones apresuradas. Lo único legítimo en este tipo de problemas, donde lo social tiene tanto peso y la discusión no se limita al campo especulativo sino que en general aparece acompañada de propuestas de intervención, es comenzar a desbrozar terreno a partir de investigaciones puntuales. Si este texto sirve de estímulo para la reflexión o la indagación sistemática en torno a alguno de los problemas presentados, nuestro objetivo estará plenamente logrado.

NOTAS

- (1) CALDERON, F. y DOS SANTOS, M., *Hacia un nuevo orden estatal en América Latina*, Conferencia Regional PNUD-UNESCO-CLACSO, Buenos Aires, abril de 1990; mimeo.
- (2) *Idem*.
- (3) FRANCO, R., *Las grandes controversias de la política social*, II.PES, 1985; mimeo.
- (4) BORJA, J., "Descentralización, una cuestión de método", en *Revista Mexicana de Sociología*, XLVI-4, México, octubre/diciembre, 1984.
- (5) ESPINOZA, V. et al., *Informe sobre la situación de los gobiernos locales en Chile*, Centro de Estudios Sociales y Educación, Santiago de Chile, abril, 1988, pág. 11; mimeo.
- (6) CALDERON, F. y DOS SANTOS, M., *op. cit.*
- (7) KUSNETZOFF, F., "Democratización del Estado, gobiernos locales y cambio social. Experiencias comparativas en Chile y Nicaragua", en *Revista Mexicana de Sociología*, XLV-1, México, enero/marzo, 1983.
- (8) CORAGGIO, J.L., "Poder local, poder popular", en *Cuadernos del CLAEH*, N° 45/46, Montevideo, agosto, 1988.
- (9) O.P.S./O.M.S., *Descentralización de servicios de salud*. Tema: El Estado y los servicios de salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud, N° 17, Buenos Aires, 1987.
- (10) BORJA, J., "Movimientos urbanos y cambio político", en *Revista Mexicana de Sociología*, XLII-4, México, octubre/diciembre, 1981.
- (11) *Ibidem*.
- (12) BORJA, J., "Descentralización..." *op. cit.*
- (13) BORJA, J., "Movimientos urbanos..." *op. cit.*
- (14) CORRAGIO, J.L., *op. cit.*
- (15) DONABEDIAN, A., *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*, La Prensa Médica Mexicana, México, 1984, Prefacio, pág. XIX.
- (16) *Idem*, pág. 4.
- (17) *Idem*, pág. 6.
- (18) MENENDEZ, E., *El modelo médico hegemónico y el proceso de alcoholización. Un análisis antropológico*, Tesis de Doctorado, UBA, 1990, pág. 92.
- (19) *Idem*, pág. 98.

- (20) CRAWFORD, R., "Healthism and the medicalization of everyday life", en *International Journal of Health Services*, 10-3, 1980.
- (21) FOUCAULT, M., "Más allá del bien y del mal", en *Microfísica del Poder*, La Piqueta, Madrid, 1979, pág. 32.
- (22) *Idem*, pág. 41.
- (23) *Idem*, pág. 89.
- (24) *Idem*, pág. 83.
- (25) GUYOT, J.C., *¿Quelle médecine por quelle société?*, Toulouse, 1982; cap. III "Le pouvoir médical".
- (26) FOUCAULT, M., *Microfísica del Poder*, op. cit. pág. 152.
- (27) BERLINGUER, G., "Democracia, Desigualdad y Salud", Conferencia Inaugural del VI Congreso Mundial de Medicina Social, Islas Canarias, setiembre, 1989, en *DIVULGACAO. Em Saúde Para Debate*, CEBES, Marzo, 1990.
- (28) *Idem*, pág. 15.
- (29) Citado por CRAWFORD, R., op. cit., pág. 366.
- (30) CRAWFORD, R., op. cit.
- (31) CASTEL, R., "De la peligrosidad al riesgo", in C. WRIGHT MILLS, et al., *Materiales de Sociología Crítica*, La Piqueta, Madrid, s/f.m., pág. 225.
- (32) *Idem*, pág. 232-233.
- (33) HABERMAS, J., "La crisis del Estado de Bienestar y el agotamiento de las energías utópicas", en *Ensayos Políticos*, Península, Barcelona, 1988, pág. 124.
- (34) *Ibidem*.
- (35) *Idem*, pág. 128.
- (36) FOUCAULT, M., "Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto", en C. WRIGHT MILLS, et al., op. cit., pág. 29.
- (37) CALDERON, F. y DOS SANTOS, M., "Del petitorio urbano a la multiplicidad de destinos. Potencialidad y límites de los movimientos urbanos. Tesis para revisar", en LAURELLI, E. y ROFMAN, A., *Descentralización del Estado. Requerimientos y políticas en la crisis*, Edición CEUR, Buenos Aires, 1989.