



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



Heterodoxia y ortodoxia neoliberal en el campo de las políticas de salud de la Provincia de Río Negro

Gomíz Gomíz, José Antonio

2001

Cita APA: Gomíz Gomíz, J. (2001). Heterodoxia y ortodoxia neoliberal en el campo de las políticas de salud de la Provincia de Río Negro.

Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas

Este documento forma parte de la colección de tesis doctorales de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios". Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Maestría en Administración Pública

Cof. Morales

TESIS DE MAESTRÍA

**Título: Heterodoxia y ortodoxia neoliberal en el campo
de las políticas de salud de la Provincia de Río Negro**

*M.3; M.43 (2006.1)
G4H*

Autor: José Antonio GOMÍZ GOMÍZ

Tutor: Carlos LA SERNA

- 2001 -

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
por Emérito Dr. ALFREDO L. PALACIOS

UNIVERSIDAD de BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Administración Pública

**Tesis: “Heterodoxia y ortodoxia neoliberal
en el campo de las políticas de salud de la
Provincia de Río Negro”**

Viedma, Abril de 2001.

Autor: Lic. GOMIZ GOMIZ, José Antonio

Director: Mter. LA SERNA, Carlos

INTRODUCCION:

La formulación inicial de esta tesis definía a las políticas neoliberales en salud como "primera generación", dejando margen a la caracterización de una segunda etapa. En su desarrollo posterior, y su formulación final, hemos preferido aunarlas bajo el concepto de "nueva ortodoxia". En este cambio de denominación –pero también de sentido- debemos ver, no sólo pasar el tiempo transcurrido, valorable en sí mismo, sino la opción teórica por desarrollos conceptuales cuyo punto de partida se encuentran en la revisión conceptual realizada. La combinación heterodoxa de principios de organización diferentes al exterior e interior del campo seleccionado, ha sido y continua siendo la característica distintiva de dicho campo en la última década del siglo pasado, y de comienzos del presente milenio.

El capítulo uno concentra los elementos teóricos utilizados, que permitieron construir el marco conceptual, el esquema analítico, que incluye las opciones teórico-metodológicas fundamentales, y finalmente una descripción del diseño técnico de la metodología.

En los capítulos dos y tres, revisamos el proceso de la construcción del denominado Estado de Bienestar –y en especial de las políticas de salud- en el marco histórico específico de América Latina en general y de Argentina en particular, así como las condiciones de su crisis, incorporando las respuestas neoliberales como un camino de salida propuesto y llevado a cabo.

En el capítulo cuatro pasamos revista a las reformas neoliberales formuladas y aplicadas en el campo particular de la salud. Los tres últimos capítulos desarrollan, extensamente, la construcción de estas nuevas modalidades de política social en el caso de la Provincia de Río Negro.

En las conclusiones se intenta realizar un balance provincial, una caracterización del período involucrado y la formulación de proyecciones en función del futuro del campo.

Mi agradecimiento infinito a la larga lista de quienes de una u otra manera se convirtieron en "co-productores" de los aciertos que pueda tener esta tesis; de los errores, me hago cargo.

CAPITULO I: ESQUEMA CONCEPTUAL E INFORME METODOLÓGICO

El desarrollo del estado de bienestar en las sociedades capitalistas del siglo XX, originó una extendida concepción acerca de la generación proveída e ilimitada de servicios sociales que fue construyéndose institucionalmente bajo la categoría de "derechos".

La crisis de este tipo de Estado y el ajuste estructural de los años noventa, replantearon las estrategias de las políticas económicas, de las políticas sociales y de salud en particular, poniendo en duda la vigencia de tales derechos. Sobre fines de los años ochenta se consolidan un conjunto de consideraciones sobre políticas estatales que operan a manera de "recetario", desprendido de una concepción ideológica que genera la aparición de nuevos consensos. Con el nuevo milenio, esta segunda concepción tiende a considerarse como una nueva "ortodoxia".

Ambas orientaciones -la providencial y la neoliberal- convertidas en ortodoxias, son susceptibles de crítica, básicamente por su ineficacia a la hora de satisfacer las demandas sociales, como por el sesgo jerárquico que impregnan a los procedimientos políticos y administrativos por los que se planifican e introducen los programas sociales.

Las modalidades actuales de producción del bienestar, que pueden ser consideradas como de transición, se caracterizan por constituir "una combinación asistemática de formas providencial populistas y orientaciones neoliberales ortodoxas"¹.

En este trabajo se intenta describir y caracterizar la implementación de la segunda de estas ortodoxias -la neoliberal- en la Provincia de Río Negro en el campo de las políticas de salud durante la década de los noventa.

1. Políticas públicas, definición, funciones, etapas.

i) En primer lugar presentamos una concepción simple, cuasi "cibernética" de las políticas públicas como productos del sistema político, que corresponde a Easton (1969): "... en su forma más elemental, un sistema político no es más que un medio para convertir en productos ciertas clases de insumos (...) antes de ser demanda, se presenta en forma de necesidad, preferencia, esperanza, expectativa o deseo social – cuando nuestras necesidades o esperanzas sociales se expresan como propuestas formuladas a las autoridades para que ellas decidan y actúen- podemos llamarlas demandas políticas. Es en este punto de conversión de las "demandas" en propuestas políticas para la acción, que se puede producir la primera clase de regulación.(...) los productos pueden constituir una de las fuerzas centrales para mantener las variables esenciales de un sistema (...) la manera en que se conforman y ejecutan las políticas públicas. Y las políticas públicas se pueden concebir, de manera muy general, como uno de los tipos de productos de un sistema".² Esta visión simplifica extremadamente a la política pública, convirtiéndola en un subproducto de insumos predeterminados, externos al "sistema político", el que actúa –en definitiva- a manera de "caja negra", donde no se sabe lo que ocurre en su interior, aunque poco interesa porque nada de importancia produce su modificación.

Bustelo e Isuani (1992) definen a las políticas públicas como constituyendo, en un sentido general, "... los productos del Estado. Una política es un conjunto de acciones destinadas a obtener determinados fines. Una omisión también debe ser considerada política, en la medida que esté orientada a "implementar" un fin determinado"³ La política pública –en esta definición- asume un contenido más

¹ LA SERNA, Carlos "La producción democrática del bienestar. Notas teórico-metodológicas para su análisis". École de travail social. Université du Québec á Montreal. Septembre 2000

² EASTON, David " Esquema para el análisis político". Bs.As. Amorrortu.1969

³ BUSTELO, Eduardo e ISUANI, Ernesto "Estado, política social y crisis de legitimidad". Mimeo. Bs.As.1992

complejo ya que se trata de un "conjunto", conformado tanto por acciones como por omisiones.

En esta misma línea Oszlak y O'Donnell (1976) habían optado ya por la siguiente definición de políticas públicas: "Concebimos a las políticas públicas como productos del Estado. Una política pública (...) la concebimos como un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil (...) la política estatal no constituye ni un acto reflejo ni una respuesta aislada, sino, más bien, un conjunto de iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas, que observadas en un momento histórico y en un contexto determinados permiten inferir la posición - agregaríamos, predominante - del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad"⁴. En esta definición, no sólo se complejiza la política al mostrarla como producto de un conjunto de..., sino que incluye a las posiciones adoptadas por el Estado como confluyentes al formato final de la política y a su posterior aplicación. Además incluyen al contexto -- en tanto unidad mínima de comprensión- como imprescindible en cualquier análisis de política pública.

Apostando a una perspectiva que enfatiza la interacción en la conformación de las políticas y el análisis interpretativo-comprensivo de tales prácticas; La Serna (1998), entiende por política pública a "...aquellos procesos complejos e internamente diferenciables de interacción social que, situados en momentos de crisis de ámbitos específicos de reproducción social, concentran la diferencial capacidad de actuación del Estado y de actores sociales en torno a las modalidades de regulación de dicha reproducción"⁵. Sobre esta base plantea asimismo que los procesos desatados en la

⁴OSZLAK, O. y O'DONNELL, G. "Estado y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de Investigación". Cedes. Bs.As.1976

⁵ 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.

política estatal consisten en "...un conjunto de prácticas de actores estatales (representantes políticos y funcionarios políticos y burocráticos) y sociales (actores colectivos e individuales) guiados por percepciones en torno a los conflictos que abriga al devenir de la sociedad y el propio desarrollo de la política"⁶. De tal forma la "interacción social" deja de ser sólo un dato de importancia a tener en cuenta en algún momento de la "vida" de una política (vgr.: su conversión en cuestión) para interpretarlo como un proceso permanente que "construye" la política pública en todas y cada una de sus etapas.

Por otro lado se puede aceptar la orientación hacia fines de las políticas públicas de acuerdo a las distintas funciones que pueden atribuirse al Estado⁷. La definición de tres funciones básicas del Estado en uno de los trabajos de Isuani (1985) implican: asegurar el orden y la armonía social, previniendo o eliminando conflictos que puedan poner en peligro la gobernabilidad del sistema; crear condiciones para el proceso de acumulación, sea a través de la construcción de un marco jurídico apropiado, la construcción de infraestructura o su intervención directa en el proceso económico; obtener apoyo político⁸. Esta última función, parece asignable en realidad no al Estado –en una visión institucional- sino a uno de los actores (determinadas fuerzas políticas) aprovechando su posición coyuntural en el Estado, en particular en sus aparatos de gobierno. En otro trabajo Isuani y Bustelo (1992) proponen entender las relaciones Estado-Sociedad para caracterizar las políticas públicas según "... dos conjuntos básicos de finalidades. Determinar el papel que el Estado desempeña en la sociedad, en, por lo tanto, un movimiento del Estado hacia la sociedad para la manutención del orden y armonía social. Obtener los elementos que el Estado

⁶ Ibidem

⁷ Recordemos que entre los clásicos, Max Weber no define al Estado por su función, al contrario que Marx.

⁸ Esta es una función estrictamente política y un objetivo básico de las fuerzas políticas que disputan el control del Estado. Es también un objetivo básico para las fuerzas que controlan el Estado en un momento dado y que utilizan las políticas como instrumento para consolidar o ampliar dicho apoyo político. (...) La mayoría de las políticas estatales pueden cumplir una o más funciones(...) las políticas estatales, es conveniente utilizar un criterio más descriptivo que haga referencia no a su naturaleza funcional sino el área de problemas a la cual la política pertenece (por ejemplo, salud, educación, precios, etc.). ISUANI, Ernesto "Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina" CEDAL. Bs.As. 1985

necesita para desarrollar sus políticas, lo que refleja un movimiento de la sociedad hacia el Estado, dando apoyo o legitimidad política"⁹

De tal forma, preferimos subsumir en dos las funciones del Estado como lo hace O'Connor, (1994)¹⁰; que consistirían así en la búsqueda de legitimidad (incluiría las funciones primera y tercera de Isuani) y el respaldo al proceso de acumulación.

ii) En cuanto a la conformación de una posible tipología de políticas públicas, los enfoques clásicos suelen distinguir a las políticas públicas sectorialmente, de acuerdo al tipo de agencia del Estado donde se originan o al sector y/o funcionalidad a donde son dirigidas. Una división que ha contado tradicionalmente con una especial aceptación es la escisión entre políticas económicas y políticas sociales.

En otras concepciones es posible encontrarlas asociadas entre sí o subordinadas a un patrón común que puede provenir de un "sistema", modelo o esquema común al que pertenecen. En algún caso se caracteriza a las políticas sociales como un "sistema de políticas sociales", asociado a un "pacto de dominación" en particular. Preferimos aquí asociar política económica con política social, en el sentido que le dan Bustelo e Isuani (1992) cuando afirman que "quien hace política "económica" hace, al mismo tiempo, política "social" y viceversa...". Vilas por su lado y Franco por el suyo vinculan cuestión económica y cuestión social y, más aún, la idea de que a cada modelo de acumulación ("esquema de acumulación" en Vilas, "modelo de desarrollo" en Franco) le corresponde un determinado perfil de política social.

Vilas (1997) dice que "...toda política social debe ser analizada en el marco más amplio del esquema de acumulación en curso en un país determinado (...) las políticas sociales desempeñan dos funciones básicas: a) apoyar el proceso de acumulación a

⁹ BUSTELO, Eduardo e ISUANI, Ernesto *op.cit.*

¹⁰ O'CONNOR, J. "La crisis fiscal del Estado". Península. Barcelona 1994 (2ª Ed.). Utiliza estas dos funciones para explicar el funcionamiento del Welfare State y su intrínseca contradicción: como un mecanismo de legitimación que trata de compensar el desequilibrio producido por la acumulación capitalista.

través de la reproducción de la fuerza de trabajo; b) legitimar el orden político¹¹". En el mismo sentido Franco (1996) indica que cada modelo de desarrollo lleva implícita o explícita una concepción de la cuestión social.

iii) Una última cuestión tiene que ver con la identificación de "momentos", etapas ó fases en el "proceso de construcción de políticas públicas". Al respecto tendremos en cuenta los aportes de dos trabajos:

El primer trabajo –ya citado- corresponde a Oszlak y O'Donnell (1976) quienes proponen una distinción en etapas cronológico-evolutivas de la gestación y desarrollo de una política estatal. Estas etapas comienzan con el surgimiento y desarrollo de la cuestión que incluye la problematización del asunto, su conversión en cuestión y el ingreso de la misma en la agenda. Continúa con el tratamiento o sea el proceso de formulación y elaboración de la política. Sigue con su resolución final. Después da paso a su implementación y finalmente culmina con el impacto de la misma.

En segundo término transcribimos la propuesta de La Sema (1998) que implica la definición de tres instancias o momentos en la vida de una política pública, las cuales no son necesariamente consecutivas, cronológica ni evolutivamente. Son las denominadas performativa, formativa y productiva: "...La primera de ellas alude a las prácticas y posibles itinerarios o configuraciones que pueden resultar de las interacciones entre actores colectivos o individuales con peso político en la que se juega la orientación de la política. Se identifican en este momento tres tipos puros de orientación: socialdemócrata, neoliberal y populista. La segunda refiere a la actuación formativa y pretende reflejar las perspectivas que se encuentran en el centro de las prácticas, pero también de los esfuerzos y de las disputas en torno a la reforma "administrativa" del estado: racional-legal, estratégico-gerencial y clientelar. La tercera

¹¹ VILAS, Carlos "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo". En Revista Desarrollo Económico N°144. IDES. Bs.As. 1997

apunta a caracterizar las prácticas en el momento de la política en que el servicio se presta¹².

2. Actores sociales y estatales

Nuestro interés radica en la conceptualización de "actor" en un contexto concreto: el proceso de construcción de políticas en el campo de la salud pública. Lo que implica una definición específica que debe diferir –necesariamente– del mismo concepto en otros contextos: en la estructura económica, en otros procesos sociales, etc. De tal forma, y en primer lugar, intentaremos vincular el concepto de actor con nuestro contexto específico –proceso de construcción de políticas públicas–; en segundo lugar interpretar el papel del Estado en su doble carácter: arena política y actor. Luego realizaremos un intento de identificación/clasificación de los actores de este campo y; finalmente abordaremos la identificación de las cuestiones que interesen para cada actor.

Oszlak y O'Donnell (1976) afirman que "Las políticas estatales serían algunos acuerdos de un proceso social tejido alrededor de un tema o cuestión (...) adquirirán significación sólo y en la medida en que fueran sistemáticamente vinculadas al tema o cuestión que los origina, al ámbito de acción social en que se insertan, a los actores que intervienen en el proceso de resolución de la cuestión y a sus respectivas políticas"¹³.

Dice La Serna (1998), enfatizando más la percepción y las prácticas sociales de los actores como esenciales a la conformación de las políticas públicas: "Los procesos de política son el espacio de participación de una diversidad de actores cuya

¹² LA SERNA, Carlos (1998) ob.cit. Estos diversos momentos se identifican en base a actores diferenciables que se nuclean en base a un interés también diferenciable; en la performativa son actores colectivos y su interés es la orientación de la política, en la formativa son básicamente miembros de la burocracia del Estado y de organizaciones colectivas que actúan bajo un interés específico.

¹³ OSLÁCK, O. y O'DONNELL, G. ob.cit.

acción obedece a marcos históricos y contextuales específicos, a formas diferenciales de conocimiento, a distintos niveles de agregación¹⁴.

Ambos textos refuerzan la concepción de que la interacción entre actores dan forma y contenido a las políticas. De donde se desprende que es esencial identificar primero, y caracterizar después a los actores involucrados en el proceso de políticas.

Si bien, los principales agrupamientos en la sociedad civil corresponden a las clases sociales en tanto individuos que comparten la misma manera de apropiación y uso del excedente social, no son éstas sinónimos de actor social, para serlo deben también perseguir un fin. En este contexto de conformación y aplicación de políticas estatales podemos nominar con Isuani (1985) a las asociaciones que persiguen fines como fuerzas sociales. Si además estas asociaciones intentan controlar distintos aparatos del Estado (de gobierno, de administración o de coerción) podemos considerarlas como fuerzas políticas.

Isuani (1985) también diferencia en el Estado tres tipos de organizaciones: las de gobierno, las de administración y las de coerción. Entendemos por "instancia" o "aparato" un conjunto de normas que regulan procedimientos; recursos físicos, financieros y humanos. Las primeras —de gobierno— constituyen la instancia donde se adoptan algunas normas y políticas más generales, válidas compulsivamente para toda la sociedad. Las organizaciones administrativas son en principio, las que tienen a su cargo llevar adelante esas normas, impulsarias. Estas organizaciones a veces se constituyen en espacios institucionales; arena de lucha entre distintos componentes de la sociedad civil. En esta "arena" la especificidad de una fuerza política es la lucha por el control del aparato del Estado. En cambio la fuerza social puede tratar de incidir en los resultados de las políticas trazadas en los aparatos de gobierno; pero no es su especificidad el luchar por el control de esos aparatos. Desde aquí, el Estado no es nada en sí mismo, sino éste terreno de lucha.

Esta visión pertenece a un Estado tan simple que parece inexistente. El Estado moderno –por el contrario- se nos aparece como sumamente complejo. La diversidad de actores en su seno, con una relativa autonomía en sus intereses y en sus posicionamientos lo convierte al mismo tiempo, en “arena” y en actor/actores en el campo de las políticas estatales.

Dicen Oszlak y O'Donnell (1976) “...el Estado – diferenciado, complejo, contradictorio – aparece como un actor más en el proceso social desarrollado en torno a una cuestión (...) el Estado – a través de diversos aparatos e instancias – decide insertarse (o no) en un proceso social, en una etapa temprana o tardía de su desarrollo, con el objeto de influir sobre su curso (...) las políticas estatales también generan procesos internos al Estado mismo (...). Dada una cuestión, la toma de posición respecto de ella por parte de cierta unidad que tiene atribuciones para hacerlo en nombre del Estado suele generar repercusiones horizontales – tomas y reajustes de posición de otras unidades – y verticales. Estas últimas consisten, principalmente, en la atribución de competencia y en la asignación de recursos (tiempo, personal, dinero, equipo) . Estos efectos verticales suelen producir cristalizaciones institucionales : creación de aparatos burocráticos o adjudicación de nuevas funciones a organismos preexistentes (...) superponiéndose, generalmente, con otras burocracias formalmente especializadas en otros aspectos de la cuestión o en otras cuestiones cercanamente ligadas a la que incumbe al primero”¹⁵.

El Estado puede ser efectivamente, un instrumento en muy determinadas circunstancias. Pero nunca puede ser un “sujeto”. El Estado es casi siempre un espacio institucional, pero no sólo un espacio institucional. Debemos tener en cuenta que las tomas de posición del Estado no son sustancialmente diferentes de las de los otros actores, pero suelen ser particularmente importantes en razón de contar con el respaldo de normas de cumplimiento supuestamente obligatorio, y de repercutir, en

¹⁵ OSLACK, O. y O'DONNELL, G. ob.cit

general, sobre la sociedad más intensamente que las tomas de posición de actores sociales.

Actor es, en definitiva, un concepto-resumen que caracteriza a un conjunto de individuos (Ostrom, 1986) organizados en un sector o a un individuo situado estratégicamente en un sistema de poder. La Serna (1998), refiriendo al carácter complejo del concepto, plantea que "...buena parte de las interacciones que interesan a la política pública tienen lugar a partir de espacios sociales "organizados", con lo que aludimos a actores colectivos tales como sindicatos, partidos, asociaciones intermedias; pero también a organismos estatales (representantes políticos y funcionarios políticos y burocráticos) y sociales (actores colectivos e individuales)..."¹⁶

La propuesta que hacemos a fin de clasificarlos, implicará distinguir entre:

1. **Actores sociales:** son los que provienen de la sociedad civil y los podemos subdividir en: corporativos que pueden ser corporaciones económicas (empresarias o sindicales) o corporaciones superestructurales (por ej. la iglesia); políticos, básicamente los partidos políticos; lobbys, representantes directos del poder económico; Organizaciones No Gubernamentales; Nuevos Movimientos Sociales; en particular cuando se trata de políticas sociales y también en general la comunidad (genérica o sectorial: por ej. comunidad "educativa", "universitaria") y la denominada "población beneficiaria" o sujetos de derecho (Hintze. 1996) en tanto estén organizados, reclamen un lugar y persigan un fin en el campo de la política.

2. **Actores estatales** cuyas prácticas pueden caracterizarse según la modalidad de vinculación con la sociedad civil: desde la autonomía total, la autonomía relativa, la captura, la autonomía enraizada (Evans, 1996), los anillos

¹⁶ LA SERNA. Carlos (1998)ob.cit

burocráticos (Cardoso, 1990). También según los intereses que asuman: defensa de intereses generales; defensa de intereses sectoriales (dominantes, subordinados, clientelares); defensa de intereses propios. Otra diferenciación interesante puede ser la que distingue entre funcionarios técnicos y políticos. A su vez estas diferenciaciones pueden también expresarse a través de distintas instancias y agencias: nacionales, provinciales o municipales; agencias u organismos de cierta autonomía con capacidad de adoptar posiciones.

Los actores colectivos cuentan con algún nivel de organización, aunque más no sea la lograda durante la acción. Del hecho que los actores estén organizados de forma más o menos compleja resultan tres rasgos esenciales: tienen un sistema establecido de toma de decisiones colectivas, existen intereses comunes que han alcanzado un cierto nivel de explicitación; y se observan mecanismos de disciplina internos que aseguran su accionar colectivo. El primer rasgo determina la existencia del actor, mientras que el segundo – los objetivos – y el tercero – la actitud de movilizar – determinan su capacidad de acción (Scott, 1992).

Los actores involucrados en toda política pública ostentan recursos de poder; que podemos agrupar en cinco: tres temáticos y dos organizacionales.

- Los temáticos son: i) disposición de bienes y/o servicios, ii) acceso a la autoridad normativa, iii) ideológico-cultural.
- Los organizacionales son: i) capacidad de acción colectiva, ii) capacidad para la formulación de una propuesta de organización.

Puede observarse que tratándose de actores colectivos, el uso eficaz de los recursos temáticos depende de los recursos organizacionales del actor.

La Serna entiende que: "Las prácticas de los sujetos adquieren ... el carácter de estratégicas (...) configuran una suerte de negociación entre la percepción de los actores a cerca de las condiciones contextuales y un bagaje de normas y recursos"¹⁷. Por posición estratégica se hace referencia a la toma de posición de los actores frente a cuestiones que los afectan, en donde cada práctica, cada toma de posición refleja una determinada estrategia de acción cuyas premisas dependen de los intereses y motivaciones de cada actor, de la cantidad de recursos que el mismo pueda movilizar, y de sus expectativas acerca del comportamiento de los otros actores afectados por la cuestión.

El mismo autor toma la diferenciación entre "conciencia discursiva" y "conciencia práctica"¹⁸ de Giddens (1991). La primera "...refiere a prácticas de actores informados sobre las condiciones y relaciones sociales de su medio"; la segunda a "...lo que los actores creen acerca de las condiciones de su propia acción, pero que no pueden expresar discursivamente". Estas categorías sirven para caracterizar al actor, en tanto arrojan elementos de juicio en torno a la reflexividad del mismo y a la vinculación con sus estrategias de acción.

Otra cuestión a analizar tiene que ver con los conflictos, alianzas y negociaciones entre los actores. Conflictos atribuibles, por un lado, a los intereses y racionalidades diferentes de los actores intervinientes. Asimismo, la presencia, dentro del aparato estatal de unidades con variable grado de autonomía y con capacidad de influir en las diversas instancias del proceso, obedeciendo a intereses externos (de la sociedad civil), organizacionales y clientelísticos contradictorios, genera también al interior del estado un cuadro plural en torno a la definición sobre la cuestión suscitada y/o al modo de intervención para resolverla. De tal forma pueden producirse desde

¹⁷ Ibidem

"alianzas escénicas" entre actores, que dan a los procesos un mayor o menor grado de cohesión y cooperación; hasta los cuadros confrontativos que con frecuencia caracterizan a las políticas públicas en nuestro país.

2. Esquema Analítico

i) En términos de espacios analíticos¹⁹, nuestro análisis se centró en el campo de las políticas de salud, concentrándose prioritariamente en dos de las instancias - productiva y formativa-, haciendo sólo referencias aisladas al momento performativo.

Este espacio analítico está a su vez delimitado geográficamente a la Provincia de Río Negro. Cada espacio provincial constituye un escenario particular, en donde actores que cuentan con estructuras organizacionales, recursos e intereses diferenciados moldean las políticas públicas en una forma particular.

ii) Con respecto a los niveles de análisis, intentamos realizar -al mismo tiempo- un análisis institucional del campo de las políticas de salud en la provincia a fin de "dar cuenta de aquellas pautas de interacción que en un espacio social determinado asumen un carácter estable"²⁰; así como un análisis de las prácticas consideradas como "conductas estratégicas de actores situados". Intentamos a su vez, observar la relación entre tales prácticas y las formas del sistema de salud que puedan considerarse institucionalizadas.

¹⁹ Proviene de (Giddens, 1991) y "habitus" (Bourdieu, 1991) estos últimos derivados del concepto de "creencias" weberiana.

²⁰ El concepto de campo identifica el "entramado de instituciones y prácticas dirigidas a la producción y prestación de servicios específicos". Al interior del campo distinguimos tres momentos: "performativa, formativa y productiva. La instancia performativa pone en relación a organizaciones o actores colectivos en torno a temáticas que se orientan a la construcción de un orden sistémico (...) la institucionalización política de ciertas orientaciones (...) se desenvuelve a través de comunicaciones argumentativo-discursivas relacionadas con los principios y reglas (...) el momento formativo tiene que ver con prácticas organizacionales de interés estructurante que pretenden la institucionalización administrativa (...) la instancia productiva registra una interacción cercana, cara a cara, provocada por la prestación". (La Serna, 2000 ob.cit.)

iii) El tipo de conocimiento que nos hemos propuesto intenta combinar un interés descriptivo, donde prima nuestra perspectiva de interpretación y algunas reconstrucciones comprensivas de la subjetividad de actores que intervienen en el espacio interior del campo de las políticas de salud. El tipo de investigación descriptiva nos permitió rescatar la historia y percepción social de los actores con respecto a la salud y a las políticas respectivas en Río Negro y obtener elementos etnográficos para poder analizar qué es lo que define su comportamiento.

El tipo de investigación comprensivo-interpretativo busca analizar las significaciones que los actores asignaron a sus acciones. A partir de ello intentamos decodificar y reconstruir los significados que los actores relevantes en el área de salud tienen acerca del proceso de construcción de las políticas públicas específicas.

3. Metodología, técnicas y fuentes utilizadas

Se ha optado por la combinación de las estrategias de investigación cuantitativa y cualitativa. En este estudio en particular la combinación metodológica ha sido utilizada para comprender el proceso de construcción de una política pública en particular, cual es el caso del campo de la Salud Pública. A través de ellas se indagó tanto sobre las percepciones de los diferentes actores sociales en las interacciones cotidianas y en la dinámica de relaciones de poder que ellas expresan, como en la participación estatal en la estructura de la oferta de salud, su financiamiento y regulación.

La estrategia de investigación cualitativa ofrece un modo de intervención dinámico sobre la realidad en estudio. Al hablar de dinámica queremos hacer referencia básicamente a dos conceptos: contexto y significado. Por lo tanto, intentar

el conocimiento del "...Estado en acción..." dentro de un proceso social donde se entrelazan distintas fuerzas sociales integradas por diferentes actores sociales, nos lleva a indagar sobre significado que ellos otorgan, desde sus propias representaciones, a los comportamientos llevados adelante por los diferentes actores y la vinculación de dichos comportamientos en relación con el contexto -fuerzas y tendencias operantes- en que se desarrollaron tales conductas. Por otro lado, ello nos ha permitido analizar a los actores que se desenvuelven en los diversos subsectores del campo (estatal, privado y obras sociales), pero al sólo efecto de comprender la arena política donde se conjugan las políticas públicas de salud: sus intereses, los recursos de poder disponibles y la situación estratégica.

En cuanto a las fuentes y técnicas de recolección de datos se consideraron, para el análisis descriptivo, las siguientes:

- Documentos estadísticos y no estadísticos. Se identificaron las estadísticas oficiales (gasto público en salud, prestaciones y costos), documentos internos de los organismos oficiales (programas, planificaciones) y normativas (leyes, decretos, disposiciones). Ellos permitieron conocer las tomas de posición del estado en relación a la temática.

- Información periodística. Se acopiaron, ficharon y analizaron noticias referidas a la salud pública en la provincia de Río Negro durante el período comprendido entre los años 1990-1999. La fuente de información fue el diario Río Negro editado por la Editorial Río Negro de la ciudad de Gral Roca. En menor medida y para los últimos años del período se consultó el diario "Noticias de la Costa", editado en Viedma. Dicho material permitió, por un lado, identificar a los diferentes actores involucrados en el proceso de construcción de la política pública y por otro, conocer su posicionamiento, recursos de poder y estrategias puestas en juego.

Para el análisis comprensivo:

- Entrevistas en profundidad. Estuvieron destinadas a responsables institucionales, técnicos y efectores de salud. Por tratarse de una técnica de tipo "reflexiva" resultaron apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores. También a representantes de la población destinataria.
- Observaciones de campo. Permitieron conocer y analizar la dinámica de los diferentes grupos de trabajo y sus relaciones internas. Estuvieron dirigidas a los equipos técnicos de los centros de salud y de las reuniones del Consejo Local de Salud.

La naturaleza del lugar elegido surgió como resultado del análisis de distintas alternativas. Los criterios de selección del lugar se definieron en base a cuestiones prácticas tales como: contacto con personas que facilitarían el acceso a información, los costos de las actividades a desarrollar, la disponibilidad de información documental, etc. En este sentido, el espacio social seleccionado es la ciudad de Viedma-Río Negro y a su interior el Hospital Municipal A. Zatti y dos de sus Centros de Salud (CLS): Lavalle-Mi Bandera y San Martín. Los criterios considerados para esta selección fueron; con respecto al barrio: el tipo de cobertura en salud, la ubicación geográfica con respecto al casco urbano y al hospital, la situación socioeconómica predominante y, particularmente, el grado de estabilidad laboral. Con respecto a los centros de salud: origen de la instalación del Centro de Salud, tipo y cantidad de servicios, recursos humanos afectados, amplitud horaria de cobertura, infraestructura edilicia.

El análisis del Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP) permitió evaluar el grado de adecuación a la realidad provincial y la forma de implementación de los programas nacionales procedentes del área de salud, así como los específicamente provinciales, por parte de los funcionarios responsables.

El análisis de los Consejos Locales de Salud (CLS) facilitó el conocimiento de su funcionamiento en la práctica como instancia de toma de las decisiones –políticas del área- y la participación de los representantes de los diferentes sectores de la sociedad.

La selección del área programa Viedma con el hospital Zatti como institución hospitalaria a cargo de administrar las decisiones tomadas por el C.L.S. junto con los centros periféricos, permitió el conocimiento en terreno de cómo ésta política se implementa, con qué dificultades se encuentran los equipos técnicos y los efectores de salud.

Para el análisis documental no estadístico, se recurrió al Archivo de la Legislatura Provincial y al mismo Consejo de Salud Pública Provincial, examinando leyes, disposiciones, informes internos, discusiones parlamentarias, programas nacionales y provinciales.

Para la información periodística, se acudió también al archivo legislativo de los ejemplares del diario Río Negro a fin de realizar, el acopio, fichado y análisis de la información.

El análisis documental estadístico se realizó acudiendo a dos repositorios: la Dirección de Estadísticas en Salud –dependiente del Consejo Provincial- y la Dirección de Estadísticas y Censos de la Provincia. De ellas se recavaron las series de datos consideradas pertinentes.

La aplicación de la metodología de orden cualitativo-etnográfico se aplicó específicamente a los siguientes actores:

B. ACTORES DE INSTITUCIONES DE NIVEL PROVINCIAL

Tipo de actor/Institución	Cantidad consignada	Técnica a utilizar
Funcionarios pciales	2	Entrevista en profundidad.
Gremialistas del sector salud	2	Entrevista en profundidad.
Colegio Médico	1	Entrevista en profundidad.
Otra Institución prestadora	1	Entrevista en profundidad.
Funcionario del IPROSS	1	Entrevista en profundidad.

B. ACTORES DE INSTITUCIONES DE NIVEL LOCAL**1. Trabajadores de la salud permanentes de los centros de salud**

Tipo de trabajador	Cantidad consignada	Técnica a utilizar
Enfermeras	1	Entrevista en profundidad.
Agentes Sanitarios	1	Entrevista en profundidad.
Médico generalista	1	Entrevista en profundidad.
Odontólogo	1	Entrevista en profundidad.
Asistente Social	1	Entrevista en profundidad.
Téc. Estimulación temprana	1	Entrevista en profundidad.
Equipo de salud	2	Observación

2. Supervisores de los diferentes trabajadores de la salud: uno por cada especialidad. Se utilizó la técnica de entrevista en profundidad. (Una por cada supervisor). Con un total de tres.

En el Centro de Salud existen otros trabajadores, tales como: personal administrativo, personal de limpieza, personal médico (obstetra, fisiatra, ginecólogo, técnicos de laboratorio), el personal de servicios ambulatorios (enfermera y chofer),

otros profesionales de los grupos de autoayuda (GIA). Para este trabajo se decidió considerar a aquellos trabajadores que tienen una relación directa con los programas de salud. A ellos estuvo dirigida la entrevista en profundidad.

El equipo técnico de salud sólo mantiene reuniones de equipo en un sólo centro de salud (Lavalle-Mi bandera). Las observaciones sucesivas del equipo de trabajo en los encuentros de los martes a las 13 hs., permitió acceder por un lado, a las diferentes visiones de las problemáticas de salud de la comunidad y por otro, a la dinámica grupal específica.

3. Integrantes del Consejo Local de Salud

Integrantes del C.L.S	Cantidad consignada	Técnica a utilizar
Director del área programa, en carácter de presidente.	1	Entrevista en profundidad.
Representante del consejo asesor técnico administrativo- CATA-	1	Entrevista en profundidad.
Representante de los vecinos de la localidad	1	Entrevista en profundidad.
Representantes comunitarios, miembro del ejecutivo del área social y un miembro del legislativo del municipio	1	Entrevista en profundidad.
Director del hospital	1	Entrevista en profundidad.
Reuniones oficiales del C.L.S	2	Observación

El Consejo Local de Salud (C.L.S) al "asumir el papel decisorio de la definición e implementación de las políticas de salud locales complementarias de las determinadas en los niveles zonal y provincial, de las que forman parte y de cuya ejecución será responsable el presidente del mismo. Cumplen un rol de órgano político, sus acciones se referirán al conjunto de la problemática sanitaria de cada

localidad y mantendrán interrelación permanente y concertada con los niveles de conducción en cada área ²¹ En este sentido cobra relevancia su inclusión.

Se han realizado entrevistas en profundidad con los integrantes del C.L.S recientemente señalados.

Para conocer su dinámica interna es que se realizaron una serie de *observaciones* a las reuniones que llevan adelante todos los viernes a las 8,30 hs.

4. Población "destinataria". Se optó por considerar a las madres como unidades de información. Se realizaron entrevistas en profundidad. Un total de cinco.

²¹ Ley 2570. art. 4º - cap.II .

CAPITULO II: EL ESTABLECIMIENTO DE LA ORTODOXIA

PROVIDENCIALISTA EN AMERICA LATINA Y ARGENTINA

II.1. Antecedentes del Estado de Bienestar (hasta 1930)

La conformación inicial y los primeros desarrollos del Estado de Bienestar en nuestro subcontinente transcurre aproximadamente desde fines del siglo pasado hasta 1930²². Aclaramos que éste es un proceso extenso y heterogéneo para el conjunto de países de América Latina. Aquellos con mayor desarrollo logrado al calor de la expansión agro-exportadora -constitutivos de un mercado interno de alguna dimensión- fueron los que pudieron conformar un Estado que comenzara a interesarse por procesos legitimadores que fueron desarrollados en vinculación a veces conflictiva, con el proceso de acumulación.

En América Latina, como había sucedido previamente en Europa, la política social estuvo asociada, en sus inicios, a las acciones del Estado centradas en torno de aquellos que, "caídos del sistema", no tenían posibilidad de obtener ingresos por medio del trabajo (ancianos, inválidos, huérfanos, etc.). "Es una etapa donde predomina la noción de beneficencia o caridad para los pobres y el concepto de self-reliance con respecto al resto de los pobres."²³

Esta visión asistencialista de parte del Estado se complementaba, paradójicamente, con la concepción de que lo social era sólo una cuestión policial.

²² Las etapas establecidas por Franco para el desarrollo del Estado de Bienestar en América Latina, son de corte regional (crecimiento hacia afuera, sustitución de importaciones, modelo posterior al ajuste). Las etapas referidas por Franco son tres de acuerdo al modelo de desarrollo predominante en cada período en total sintonía con la mejor tradición "cepalina". En cambio las etapas propuestas por Vilas son de carácter más "universal" (modelo keynesiano-fordista, modelo neoliberal). FRANCO, Rolando "Los paradigmas de la política social en América Latina". Revista de la CEPAL N°58. Abril 1996 y VILAS, Carlos, ob.cit.

Esta concepción, a tono con su época, concebía a los conflictos sociales generados por el desarrollo técnico de una sociedad de masas nacida a consecuencia -directa o indirecta- del fenómeno industrializador. La dimensión político-participativa que movía grandes números se tendía a concebir como una desviación patológica del orden social. En esta clínica social que debía realizar el estado la policía constituía el cuerpo médico.

Al mismo tiempo, y desde el costado educativo de la política social, presenciábamos en algunos países la estructuración de un Estado docente, inspirado en una ideología de contenido laicista y liberal y organizado centralmente.

Hubo, también en este período, políticas sociales "privadas", impulsadas por los propios interesados organizados en cooperativas, lo que se conoció como mutualismo, orientadas principalmente a la protección de la salud.

En la Argentina, al tiempo de la consolidación del Estado Nacional, las políticas sociales y en particular la del campo de la salud²⁴ continuaron con la ya mencionada característica de la beneficencia pública.

La única política social vertebrada desde el inicio de la conformación estatal nacional y con pretensiones de alcance universal -con reglas y recursos propios- fue la educativa.

En los orígenes del presente siglo, con la organización de los excluidos de los beneficios del sistema agroexportador, se modificó el clima político y por iniciativas estatales se conformaron las primeras políticas de seguro social.

²³ ISUANI, Ernesto "Política social y dinámica política en América Latina. ¿Nuevas respuestas para viejos problemas?. Desarrollo Económico N°125. IDES. Bs.As. Abril/Junio de 1992.

²⁴ Las concepciones acerca de la salud y de la enfermedad están íntimamente ligadas a los diferentes momentos histórico-culturales, a los avances registrados en el conocimiento y en la tecnología médico-científica y a la influencia ejercida por el paradigma médico-biológico prevaleciente en la sociedad. Las problemáticas de la salud y las políticas formuladas no se pueden desvincular de las condiciones y formas de vivir, de los procesos productivos y reproductivos de la vida cotidiana de cada grupo humano. En estas relaciones se establecen vínculos que determinan características que direccionan la génesis y la dinámica de los procesos del vivir, enfermar y morir.

Es de interés para este estudio comprender la vinculación de los subsectores en que se fragmenta el campo de la salud en Argentina con los paradigmas predominantes de atención de la salud. Los tres subsectores de atención: privado, público y de obras sociales, se combinan en el transcurso histórico con los paradigmas

Tuvieron amplia difusión y aceptación las novedades que aportaba el higienismo, expresión de una estrategia preventiva frente al impacto que generaba la presencia de una inmigración masiva. El problema social era considerado desde el orden ético-moral. La intervención pública se remitía al estudio del hacinamiento poblacional y a la reclusión, segregación y/o represión de los beneficiados.

Es así, entonces, que en materia asistencial y sanitaria hasta la consolidación del fenómeno migratorio y la primera etapa de urbanización, la orientación del Estado se limitó -casi con exclusividad – a desarrollar la sanidad externa basada en la higiene.

Los primeros servicios de saneamiento fueron construidos en respuesta a las graves epidemias generadas por la falta de tratamiento de aguas y de efluentes cloacales. Desde su inicio, la construcción del problema de la salud como materia de política pública, fue un proceso permeado por las tensiones entre el particularismo y el universalismo. El desarrollo de la primera de éstas tradiciones, fundamentalmente, como consecuencia de la fuerte tradición mutualista que vendría a constituirse en la base del posterior desarrollo del subsistema de obras sociales. En contraposición a ésta última los sectores políticos y profesionales vinculados al área de la salud impulsaban centralizar la cuestión y el traslado del "problema" a la esfera pública.

En las últimas décadas del siglo pasado, se consolidó el paradigma Médico Hegemónico- biologista²⁵ en el abordaje de las problemáticas de la salud. Dentro de ésta concepción se considera al fenómeno biológico en la esfera individual, el ámbito de visión de la patología es exclusivamente interno. La salud es ausencia de enfermedad "es la vida en el silencio de los órganos".

predominantes entre los que es necesario considerar al Médico-hegemónico-biologista, al Desarrollista-sanitarista y al Alternativo-participativo.

²⁵ Sus características principales son : ahistoricidad, monocausalidad, biologismo, asistencialismo, mecanicismo. Privilegiando por parte de los equipos técnicos el diagnóstico individual, categorizaciones y cuadros definidos, la promoción del rol pasivo del paciente haciéndolo responsable de su salud. Sus intenciones estaban relacionadas a la promesa de ganar la batalla contra la enfermedad y la muerte.

El subsistema de salud pública se conforma en esta etapa en sus diversas variantes. Los servicios brindados por los sistemas de salud pública son, en general, no personales (higiene, saneamiento básico, etc.) y personales de tipo preventivo y curativo. Otra instancia es la atención a grupos poblacionales específicos donde obviamente no rige el principio de acceso abierto. Las intervenciones estatales en materia de salud se van diferenciando entre una vía de intervención estatal de corte higienista y otra de carácter predominantemente asistencial.

En ésta primera etapa también debemos distinguir un momento de expansión de las políticas sociales durante los gobiernos constitucionales desde 1916 a 1930.

II.2. Consolidación del Estado de Bienestar (Desde 1930)

En esta etapa –posterior a la crisis del 30- el Estado asumió nuevos roles (regulador, interventor, planificador, empresarial y “social”). En la necesidad de regular los procesos de acumulación y de armonizar las tensiones sociales, -sus dos funciones primordiales- el estado adquirió una marcada autonomía respecto de algunos de los principales actores sociales. En términos generales, el paradigma implícito en la acción pública y no sólo en las políticas sociales fue el de la integración. La contrapartida desde la sociedad civil fue que la política social persiguió la protección del trabajador asalariado, respondiendo a las presiones derivadas de la creciente organización sindical. El escenario político se caracterizó por una amplia movilización social vinculada por mecanismos corporativos, a las agencias gubernamentales. Hicieron – al mismo tiempo- del consumo colectivo un ingrediente del proceso de acumulación, dotando de una amplia base de legitimidad al Estado tiñendo de nítidas proyecciones sociales a los derechos de ciudadanía.

El concepto de política social se particulariza y se expande –entonces- para designar las acciones estatales destinadas a proteger la fuerza de trabajo asalariada. Por un lado surgió el reconocimiento de las organizaciones obreras y, por el otro, se expandió el derecho al voto. Estos hechos, facilitaron el desarrollo de regulaciones laborales tendientes a proteger a los trabajadores y de instituciones de seguridad social.

En términos económicos estamos en presencia de un estado regulador de la actividad económica e intervencionista en ámbitos específicos.

En este modelo el Estado de Bienestar refuerza el Estado Keynesiano a través de dos vías. Por un lado definió economías externas para la inversión privada: inversión pública en infraestructura social (educación, salud, capacitación de la fuerza de trabajo), a la vez que se desarrollaron ambiciosos programas de construcción de vivienda por empresas privadas con financiamiento privado y público. Por el otro ampliaron el consumo colectivo e individual de los trabajadores a través de las políticas de empleo, salarios y precios. La política social fue encarada como una dimensión de la inversión, y no del gasto; lo mismo que la política económica, tuvo un marcado sesgo anticíclico. De tal forma, podemos hablar de la constitución del complejo Estado de Bienestar Keynesiano con su enorme capacidad para potenciarse respectivamente.

En el caso argentino hay una marcada tendencia a la socialización de la reproducción vía el desarrollo de los consumos colectivos, y la sanción de la legislación protectora del trabajo.

En esta etapa se definen, desde el Estado las líneas de acción dirigidas a una activa participación de las asociaciones profesionales (gremios). De esta forma, en tanto el Poder Ejecutivo Nacional negocia directamente con las corporaciones, las políticas sociales adoptan –cada vez más- la forma del seguro social. Incorporarse a una organización sindical se transformaba y conformaba en la vía de acceso más

adecuada y eficaz para obtener el derecho a la cobertura social. En consecuencia, la universalidad se construía como una simple sumatoria de seguros sociales particulares. Los derechos del ciudadano son –en Argentina– los derechos del trabajador. Contribuía a esta concepción el ambiente económico pensado desde el modelo de un desarrollo integrado, autosostenido y de pleno empleo. Complementaba esta nueva concepción una visión sistémica de las políticas sociales, interactuando entre sí y con prescindencia de la resolución de conflictos o problemas sociales coyunturales.

Esta participación protagónica de las corporaciones en la conformación del Estado de Bienestar es analizada por La Serna como: "...la conformación de una matriz social y económica integrada por un conjunto de actores corporativos – especialmente federaciones sindicales y corporaciones empresarias– que actuó como un espacio de consenso (...) Este espacio corporativo provocó una doble exclusión: la de los actores no incorporados plenamente al modelo, y paralelamente la de las subinstancias regionales del sistema político-administrativo. La primera fue resultado de un sustrato ideológico que privilegió el ascenso social de los incorporados impidiendo una más plena universalización del sistema de políticas sociales. Se dio en este marco preeminencia al trueque de beneficios de tinte cupular, lo cual implicó en la práctica acentuar el carácter meritocrático del sistema de políticas sociales"²⁶.

La exclusión en el pacto de las provincias más atrasadas volcó a las mismas a formas de clientelismo político –en especial el uso indiscriminado del empleo público– ya que carecían de otras herramientas para intentar legitimaciones de orden bienestarista. La Serna le asigna a esta exclusión "de origen", incluso consecuencias contemporáneas. "En la esfera administrativa estos impactos pueden encontrarse en el insuficiente grado de desarrollo de éstas administraciones (...) es plausible la hipótesis de que –aún en el presente– un buen número de ellos no ha alcanzado el

estadio burocrático, constituyendo en muchos casos organizaciones de prácticas cuasi-patrimonialistas. Un segundo tipo de estados provinciales, aquellos que se generaron al interior de los límites de la pampa húmeda, gozaron de un mayor grado de autonomía (...) la conformación de aparatos gubernamentales cuya complejidad funcional fue creciendo (...) a partir de formas de administración que se basaron predominantemente en la búsqueda de un ordenamiento de tipo racional-legal²⁷.

La política de salud sufrió un cambio sustancial en dos direcciones durante este segundo período. Una desde la Secretaría de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo desde donde se cimentaba un sistema de prestación pública de salud que aún persiste: crecimiento de los establecimientos hospitalarios bajo la órbita estatal y la creación de centros médicos ambulatorios (gestionados por la Fundación Eva Perón). En segundo lugar se desarrollaron, bajo formas meritocráticas, las obras sociales sindicales basando su financiamiento en un impuesto a la nómina salarial.

Recién en 1943 se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. En 1946 con el Gobierno peronista, desde el Estado, se impulsa una red asistencial que hace de la atención de la salud uno de sus principales instrumentos de legitimación. En 1946 la Dirección Nacional de salud Pública pasa a ser Secretaría Nacional y en 1949, Ministerio de Salud Pública.

Las principales acciones impulsadas fueron: apoyo al crecimiento de las Obras Sociales imprimiéndoles una nueva dinámica; traspaso de las instituciones de Beneficencia a la Fundación Eva Perón, lo cual implica el pasaje de la atención de una población sectorizada por nacionalidad (colectividades) a otra sectorizada por situación socio-económica (no incorporados, asalariados, clase media) y desarrollo del sector privado para los "pudientes".

²⁸ LA SERNA, Carlos "Las transformaciones actuales del estado y los sistemas de gestión regional de políticas sociales". Mimeo. Córdoba. S/F

Con respecto a la conformación del subsector de obras sociales en el país, se trata de un sistema basado en los aportes obligatorios del conjunto de individuos que son sus beneficiarios, en nuestro caso una gran mayoría de trabajadores asalariados. En este subsector el concepto de contribuyente/beneficiario prima sobre el concepto de ciudadano. La seguridad social opera básicamente a través de dos modalidades. Por un lado brinda la atención en forma directa. En otros casos actúa básicamente como intermediario financiero y cubre los gastos de la atención. Esta modalidad "indirecta", cuenta con una submodalidad que recurre con frecuencia a la participación del usuario en el pago del acto médico. La segunda submodalidad es la denominada sistema de tercer pagador: el pago de los servicios no es realizado directamente por el beneficiario, sino por la seguridad social. A partir del 1957 se intenta iniciar un proceso de descentralización del sector público.

En ésta etapa comienza a tomar impulso una nueva concepción en la atención de la salud: el paradigma Desarrollista. El mismo se basa en una explicación lineal de la enfermedad en la sociedad, viendo a la historia de la enfermedad como el resultado simple del desarrollo de las fuerzas productivas y del grado de dominio del hombre sobre la naturaleza. De ésta manera la historia de la enfermedad es la del acercamiento cada vez mayor a la salud. Pero ello no le da carácter histórico y social al proceso salud-enfermedad como tal, sino que piensa, que la transformación es la eliminación de una patología que hace aparecer a otra. El proceso de salud, entonces, no se explica por sus determinaciones múltiples, biológicas y sociales específicas sino por la capacidad técnica para eliminar ciertas enfermedades (ej: nutrir a la población).

Las desigualdades sociales exigieron replanteos y fue así que la OMS incorporó las dimensiones sociales, psicológicas y ambientales a mediados de los 40: "salud es el completo estado de bienestar físico, mental, y social, y no sólo la

ausencia de malestar".²⁸ Esta concepción aporta a la política social la idea de que para lograr el crecimiento económico es indispensable mejorar las condiciones de salud de la población, admitiendo la importancia de las condiciones sociales y ambientales. Esta corriente de "Salud Pública" es central en la concepción del Estado Benefactor.

En el período constitucional, durante los tiempos de la presidencia de Arturo Illía entre 1963 y 1966, se intentó legislar sobre la producción y el uso de medicamentos, así como la regulación y control de las obras sociales.

A partir de 1964, el Estado comienza a recuperar su rol orientador. Con la revalorización de las Delegaciones Sanitarias Federales se mejoraron las relaciones entre nación y provincias y se recuperó la capacidad técnica y de innovación en la organización de los servicios.

Desde 1966 hasta 1971 "...se oficializó el modelo de "desarrollo de la comunidad" en materia social, mediante el cual se planteaba trascender un área específica de servicios para abordar en forma integral el problema social. Dicho modelo se sostenía de una visión difundida por los propios organismos internacionales que concebía la expansión de los servicios sociales básicos como un instrumento indispensable para crear las "condiciones previas al progreso económico"²⁹.

En este mismo período se inicia una tendencia hegemónica de las Obras Sociales mediante las cuales se financia al sector privado a través de convenios con federaciones médicas, sanatorios privados, farmacias, etc.

Durante la inmediata dictadura militar se intentó, junto con el derrocamiento de Juan D. Perón, transferir sin mucho éxito a las provincias los servicios sociales

²⁸ Este modelo no cuestiona la concepción biomédica, pero su diferencia reside en que reemplaza la explicación monocausal por una multicausal. Estos nuevos agentes actúan como factores de riesgo. Continúa con un análisis mecanicista diferenciando claramente salud y enfermedad, entendiendo a la salud no como ausencia de enfermedad sino como un estado óptimo de equilibrio físico, mental y ambiental.

²⁹ LO VUOLO, Ruben, "El Estado de Bienestar en la Argentina contemporánea: una visión global". Documento de Trabajo N° 9. CIEPP, Bs.As. 1993

centralizados e incluso a los agentes privados. En los años posteriores se crearon centros de formación e investigación en salud, aunque, en lo sustantivo no se modificó el esquema construido por el peronismo.

En el contexto de éste importante desarrollo sindical y de sus obras sociales , el gobierno de la Revolución Argentina dictó la primera pieza legal destinada a regular la existencia de las obras sociales, la Ley 18.610. Complementariamente se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) con el cuál se le brinda una importante cuota de poder económico al sistema, pero también implica una instancia de control para el mismo. Tanto la ley como la expansión de las obras sociales , marcan un importante impulso para el desarrollo del sector privado .

CAPITULO III: LA CRISIS DE LA ORTODOXIA PROVIDENCIALISTA ESTATAL Y LAS REFORMAS NEOLIBERALES

III.1. La Crisis del Estado de Bienestar Keynesiano

A los fines analíticos vamos retomar la distinción entre Estado de Bienestar (EB) y Estado Keynesiano(EK).

El EK se corresponde con un doble mecanismo, de abandonar la Ley de Say y de intervenir la moneda, el interés y la preferencia por la liquidez, bajo las condiciones de la demanda agregada.

El EB se define como una serie de disposiciones legales que dan derecho a los ciudadanos a percibir prestaciones de la seguridad social y a contar con servicios estatales organizados, en una amplia variedad de situaciones definidas como de necesidad y contingencia. Su carácter de compromiso interclasista es una característica que el EB comparte con el EK.(OFFE, 1984)

Ahora bien, en su constitución histórica -en los países desarrollados- el complejo "Estado de Bienestar Keynesiano" (EBK) ha jugado un papel fundamental en la compatibilidad histórica entre capitalismo y democracia. Además del EBK, el otro principio mediador para lograr dicha compatibilidad fueron los partidos políticos de masas y la competencia entre partidos (OFFE, 1984).

De esta forma se desplegó en los países desarrollados la democracia liberal, como compendio de la democracia de masas(sufragio universal más forma de gobierno parlamentaria o presidencialista) con la libertad burguesa (producción basada en la propiedad privada más fuerza de trabajo libre).

Los efectos de esta convergencia fueron; por un lado, una prosperidad económica sin precedentes y extendida que favorece a todas las economías capitalistas avanzadas de posguerra; por otro la transformación del esquema de conflicto industrial y de clases, institucionalizando dichos conflictos.

En la década de los 70 los signos de la crisis del sistema descrito ya son notorios. En primer lugar definimos a la crisis del EBK como una crisis de la democracia liberal que lo contiene, es crisis de legitimidad y de acumulación a la vez. Se produce una contradicción entre los mecanismos de legitimación que tratan de compensar el desequilibrio del mercado y los requerimientos de la acumulación. Esta crisis se manifiesta como:

- crisis fiscal: los recursos tributarios no alcanzan para mantener el EB -aunque dichos recursos provengan de los mismos trabajadores-
- crisis de acumulación: debilidad en el proceso de inversión o acumulación, hay caída de beneficios que se traduce en una "huelga de inversión" con todas sus consecuencias.
- crisis de legitimidad política: el sistema de partidos ha agotado mucha de su eficiencia para reconciliar el capitalismo con la política de masas.

Desde el comienzo, las críticas al Estado de Bienestar tuvieron coincidencias entre las que partían de la "izquierda" y la "derecha", analizadas tempranamente por OFFE (1981) y para el caso argentino por Minujín y Consentino (1993): viejas críticas de la "nueva derecha" y "nuevas" críticas de sectores de izquierda.

Para el caso Argentino una de las notas diferenciales consiste en que la negociación con las organizaciones de trabajadores tuvo un peso muy relevante en el diseño de la política social, lo que señala una característica de la política social argentina consistente en presentar un fuerte carácter particularista por detrás de un discurso universalista. (Minujín y Consentino, 1993; La Sema, 1991)

A mediados de la década de 1970, la crisis emergente en la prestación de políticas públicas originada, sobre todo, en la crisis fiscal, fue contemporánea con el cada vez más acusado endeudamiento externo. En este sentido, es paradigmática la crisis en el sistema de previsión en tanto ha presentado evidentes signos de desfinanciamiento ejerciendo una aguda presión sobre los recursos del Estado.

En América Latina, el Estado subsidiaba al sector privado y a las obras sociales. En la Argentina durante el período 1973-1976 se elevaron los aportes y contribuciones por los cuáles se dispuso de mayor cantidad de fondos que posibilitaron el aumento del gasto de las Obras Sociales. Se rediseña todo el sistema, el estado a través del Sistema Nacional Integrado de salud (SNIS) pasa a actuar "como financiador y garante económico de un sistema único e igualitario" .

Con el nuevo gobierno de facto (1976-1983) finaliza el liderazgo del estado nacional y se retoma al proceso de descentralización iniciado en 1957 , realizándose el traspaso de los servicios de salud de la nación a las provincias y municipios . Paralelamente, el crecimiento económico de las Obras Sociales, intentó ser debilitado a través , entre otras cosas, de eliminar la presencia de las estructuras sindicales en la administración de las Obras Sociales(Ley 22.269/80). Es notable el crecimiento del subsector privado de salud en este período, incrementándose en algunas de sus modalidades³⁰ .

Hacia 1983 el deterioro de los servicios públicos se veía reforzado por la profunda crisis económica y fiscal que afectaba al país. Ninguno de los niveles en que se desenvolvía la acción estatal en materia de salud había quedado exento del desmantelamiento materializado a través de la pérdida de planteles profesionales, el

³⁰ La forma más antigua de provisión y adquisición de servicios de salud corresponde al subsector privado a través del servicio individual o en clínicas. La segunda modalidad desarrollada fue la del seguro privado que consiste en que un conjunto de individuos asumen voluntariamente, y no en forma obligatoria como en la seguridad social, la decisión de protegerse del riesgo de enfermedad. Este seguro evolucionó de una modalidad directa a una indirecta. Una tercera forma que asume el modelo privado de organización es la beneficencia o caridad. Una cuarta forma es la provisión de servicios médicos gratuitos a los trabajadores por parte de las empresas y financiados con recursos de las mismas, que consiste en realidad en una modalidad indirecta.

cierre de servicios y la irregular distribución del equipamiento. Esta situación propiciaba un cambio en el papel del Estado en materia de salud.

Hasta 1985 se continúa operando en el ámbito de la salud dentro de la ley 22269 identificándose distintos tipos de instituciones : asociaciones profesionales, obras sociales sindicales, organizaciones públicas centralizadas, entes descentralizados, obras sociales estatales , administraciones mixtas y I.N.S.S y J.P. , y para personal de Dirección. Fuera del ámbito de la ley existen obras sociales provinciales, municipales, de las FFAA , del Congreso. Coexisten con sanatorios - clínicas, hospitales de colectividades y sistemas pre-pagos (en aumento) .

Hacia 1989 con el cambio de gobierno- período democrático- se inicia un progresivo pasaje de la responsabilidad estatal a las provincias y en algunas de ellas a los municipios bajo el marco de la descentralización.

Este proceso fue acompañado por un redimensionamiento del papel desempeñado por el sector privado -cada vez más dinámico- y por el sector público - cada vez más residual- en las áreas y los sectores sociales. En esos años se fue generando y profundizando un desfase entre el incremento de las necesidades sociales -derivado del impacto de un período económico recesivo- y el retroceso del sistema de servicios sociales. La reestructuración económica y la reforma de la política laboral se implementan en el marco de una política social sumamente deficiente. Esta situación impide que la política social cumpla con la misión de compensación de la política económica y laboral. Es así, que el modelo resultante, fuertemente excluyente, arroja a sectores cada vez más amplios a la marginalidad

En términos de políticas de salud, varios fueron los intentos para dotarla de una lógica de sistema con el propósito de superar la fragmentación e inequidad con que nacieron y se desarrollaron. Entre 1973 y 1976 se intentó solucionar esos problemas mediante el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que, por presiones de organizaciones sindicales y del Congreso Nacional, no concluyó incorporando al

mismo a las obras sociales sindicales. Una vez lograda su puesta en marcha, sólo tres Provincias implementaron este sistema que terminó por desaparecer en 1976 (una de las tres fue precisamente Río Negro).

Con posterioridad, y en el marco del gobierno de facto del período 1976/1983 se dinamizó, en particular, al sector privado de salud, el que se desarrolló mediante el recurso de la intervención a las obras sociales. De ese modo, se aumentó el gasto de la población en la atención de la salud en beneficio de los sectores privados y, al mismo tiempo, se transfirieron a las Provincias los servicios de salud sin su correspondiente partida de financiamiento.

Por vía de la sanción de varios decretos leyes se dotó de mayor poder al sistema de obras sociales y, a través del sistema de seguridad social, la relación directa entre sindicatos y obras sociales fue más estrecha. Con el advenimiento de la democracia la propuesta más importante del gobierno radical de Alfonsín en materia de salud, fue la creación del Seguro Nacional de Salud que, en sus líneas básicas, pretendía unificar a los beneficiarios de las obras sociales, los trabajadores autónomos y de toda persona carente de cobertura quedando solo excluidos los pertenecientes al sistema de medicina prepaga.

Esta propuesta navegó durante unos años en las cámaras del Congreso Nacional para ser aprobada recién al final del gobierno radical, con grandes modificaciones que la inutilizaron, ya que el oficialismo carecía de hegemonía parlamentaria.

La crisis que se menciona trasciende las políticas sociales y abarca también, tal como lo afirma Offe (1995), a la "... familia como institución, el mercado, el sistema de intermediación de las negociaciones entre los actores colectivos, la efectividad de la seguridad social y de la asistencia social en la cobertura de todas las categorías sociales y sustantivas de necesidad y riesgos, así como también, el consenso que

sustenta el conjunto de arreglos institucionales"³¹. En materia de política social la situación llegó a estar signada por la fragmentación institucional, mala calidad y evidente signos de inequidad, por lo que evolucionaron de su carácter de instrumentos de legitimación del poder político a instrumentos que restaban o anulaban la legitimidad.

III.2.Las reformas neoliberales

El origen de las reformas en el campo económico fue sistematizado a través del denominado Consenso de Washington (Williamson; 1990), que tiene como virtud la sencillez de su diagnóstico y la derivación clara de sus propuestas de cambio, "...se formó a partir de la crisis del consenso Keynesiano y de la correspondiente crisis de la teoría del desarrollo económico elaborada en los años 1940 y 1950 (...) está influenciada por la aparición y la afirmación como tendencia dominante, de una nueva derecha, neoliberal, a partir de las contribuciones de la escuela austríaca (Hayek, Von Mises), de los monetaristas (Friedman, Phelps, Johnson), de los nuevos clásicos relacionados con las expectativas racionales (Lucas y Sargent) y de la escuela de la elección pública(...)es compartida por los organismos multilaterales en Washington, por el Tesoro, el FED y del Departamento de Estado de USA, los ministerios de finanzas de los demás países del Grupo de los Siete y los presidentes de los veinte mayores bancos internacionales..."³²

Las causas de la crisis son, para dicho Consenso, el excesivo crecimiento del Estado (proteccionismo, exceso de regulación, empresas estatales) y la tendencia al populismo económico (déficit, incontrol de demandas laborales y sociales).

Las propuestas de cambio, consecuentemente, son: en primer lugar es necesario solucionar los desequilibrios agregados internos (inflación y déficit de

³¹OFFE, Claus. Un Diseño No Productivista Para las Políticas Sociales. En Contra de la Exclusión . CIEPP-MIÑO Y DAVILA EDITORES. Bs As Noviembre de 1.995.

³²BRESSER PEREIRA, L. "La Crisis de América Latina. ¿Consenso de Washington o Crisis Fiscal?. En: Revista Pensamiento Iberoamericano. N° 19. Enero/Julio 1991

balance de pagos). La propuesta de máxima es que el ajuste se logre con crecimiento, combinando convenientemente los instrumentos de política, monetaria, fiscal y cambiaria con las posibilidades del financiamiento externo. En segundo lugar, deben ponerse en marcha las llamadas "reformas estructurales", es decir una estrategia de crecimiento "market oriented": Orientación e inserción de la economía hacia el exterior (apertura económica y promoción de exportaciones). Reformas al papel del Estado en la economía, desreglamentando los mercados y reduciendo su función como productor de bienes y servicios (privatizaciones).

Los desacuerdos comienzan en la etapa de la puesta en práctica sobre tres cuestiones: la secuencia en el programa de reformas, su velocidad y las políticas macroeconómicas más convenientes.

Tal como indicaba Sunkel (1993) "... está siendo impulsado en todas partes sin mayores variaciones, cualesquiera sean las condiciones iniciales del país: tamaño, base de recursos, ubicación, cultura, estructura social, instituciones, relaciones internacionales y evolución histórica (...) una suerte de ideología unidimensional, parafraseando a Marcuse, o una monoeconomía según la caracterización de Hirschman".³³

Precisamente, en la evaluación de las experiencias empíricas desarrolladas, tanto los éxitos como los fracasos son asignados respectivamente a las reformas en curso (su mayor o menor nivel de profundidad) o a la acción del enemigo declarado como "populismo económico".

Pero, a qué se debe que esta ideología se halla convertido en consenso. De qué forma nuevos principios de organización que hasta hace relativamente poco tiempo eran rechazados por la mayoría de la sociedad, o dicho de otra manera no se habían constituido como tal, se desarrollan y se aceptan?. Veamos la respuesta que

³³SUNKEL, Osvaldo, "El marco histórico de la Reforma Económica Contemporánea". En "Pensamiento Iberoamericano" N° 22/23. Tomo V. Julio 1992/Junio 1993.

nos da el Banco Mundial, una de las principales usinas y correa de transmisión -al mismo tiempo- de las recetas neoliberales:" Hacia fines de los años ochenta, los políticos y los rectores de las políticas de América Latina. empezaron a aducir que la única manera de salir del estancamiento de largo plazo era efectuar profundas reformas estructurales para abrir las economías. ¿Por qué se produjo este cambio de opinión colectivo?. Una razón fue el fracaso de los programas heterodoxos de estabilización de Argentina, Brasil y Perú. Otro fue la evolución espectacular de las economías de Asia Oriental. Una tercera razón fue el rápido crecimiento de la economía chilena. La liberalización y modernización de la economía española, dirigidas por Felipe González (...) los organismos internacionales contribuyeron a ese cambio. También fue importante la presencia de un amplio grupo nuevo de economistas profesionales formados en las mejores escuelas de Estados Unidos y Europa..."³⁴

Incorporando la diferenciación analítica realizada anteriormente podríamos dividir las recomendaciones liberales constituidas en principios de organización operacionalizados a través de recetas estratégicas que van dirigidas hacia la superación de la crisis del Estado Keynesiano (en general reformas de política económica) y las destinadas al Estado de Bienestar (reformas de políticas sociales).

Las recomendaciones para el desmantelamiento del EK son básicamente sintetizadas en tres principios de organización que provienen de la esfera productiva de la sociedad; flexibilización, privatización y desregulación.

La flexibilización de las leyes laborales que sumada a la desregulación que desmonta las políticas anticíclicas y a las privatizaciones -que casi siempre están asociadas con disminución de la fuerza de trabajo y con una menor estabilidad laboral

³⁴BANCO MUNDIAL, "América Latina y el Caribe: Diez años después de la crisis de la deuda", Washington, D.C., Septiembre 1993.

relativa- tienden a destruir la institución Keynesiana del pleno empleo. En su conjunto están dirigidas a una recuperación del disciplinamiento de la fuerza de trabajo.

Las privatizaciones -en el contexto de crisis fiscal- pierden parte de su contenido original, convirtiéndose en una fuente extra de ingresos fiscales a fin de hacer frente a la abultada deuda pública.

Las desregulaciones -como queda dicho- tienden a dismantelar la batería de políticas anticíclicas, dejando al mercado como determinante de la vida económica.

Las "recomendaciones" estratégicas que corresponden a las políticas sociales o dicho en otros términos para el sistema de producción y prestación de servicios sociales con su respectiva justificación simbólica (dismantelamiento del EB) son formalizadas en el Informe del Banco Mundial del año 1987 para los países en "desarrollo". Son también tres: privatizaciones, descentralización y focalización.

Las privatizaciones. Se presupone que los costos y la calidad de los servicios sociales mejoren con su privatización, éste se constituye en el principio de organización hegemónico y consensuado que preside la reforma estatal establecida. En general se ha tendido hacia "privatizaciones periféricas", en las cuales el Estado -cada vez más- se reserva el financiamiento de los servicios sociales y traslada la prestación de los servicios a la actividad privada.

La descentralización, que mejoraría la eficacia/eficiencia a través de un mayor control por parte de los usuarios, acercando problemas con gestión. Puede implicar un, aún mayor carácter prebendario. También se utiliza para desfocalizar el conflicto social, derivándolo del ámbito nacional hacia jurisdicciones menores. Puede producir irracionalidades, carencia de instancias de coordinación y planificación; así como desigualdades regionales y sociales.

Con respecto a la focalización, se plantea que es necesario redireccionar el gasto para concentrarlo en los sectores de mayor pobreza. Llevada a su extremo,

volvería la asistencia social a sus orígenes históricos; es decir a la atención de los "pobres merecedores", revirtiendo la tendencia anterior de universalización de las prestaciones. No solamente sería una política estigmatizante sino que provocaría una lucha desigual por la adjudicación de los recursos, en detrimento precisamente de los más pobres. (Isuani, 1992).

La combinación de ambas políticas neoliberales -económicas y sociales- también se conciben como respectivamente funcionales. El estado abandona sus funciones de promoción e integración social y la política social es encarada como un conjunto restrictivo de medidas orientadas a compensar los efectos inicialmente negativos del ajuste macroeconómico. Por tanto es enfocada como algo eminentemente transitorio. En estas condiciones lo social es considerado ante todo una dimensión del gasto, no de la inversión; el concepto de desarrollo social se diluye y cede terreno al de la compensación social. En consecuencia la política social se contrae y sus dos funciones tradicionales -acumulación y legitimación- experimentan severas adaptaciones. En otro sentido, la política social del modelo neoliberal tiende a cumplir la función subordinada de acumulación en términos financieros³⁶. La política social del neoliberalismo asume un carácter eminentemente asistencial, apuntando a segmentos determinados de la población en condiciones de pobreza extrema. La política social deja de tener una función integradora para prestar asistencia a las víctimas del ajuste. No les ayuda a salir del pozo, trata de impedir que se hundan más en el mismo. Estas características afectan la capacidad de la política social para cumplir la función de legitimación. Esta se reduce sensiblemente y consiste básicamente en la función bomberil de actuar en situaciones límites. Esto convierte a la política social en un elemento estrechamente ligado a la evolución de las coyunturas

³⁶ Es el caso de la privatización de los sistemas de jubilaciones y pensiones donde es claro que un efecto inmediato de la privatización es poner a disposición del mercado de capitales recursos financieros considerables, dinamizando los mecanismos de acumulación

políticas: proximidad de las elecciones, conflictos políticos o sociales, manifestaciones de malestar o descontento.

En suma las funciones clásicas de acumulación y legitimación de la política social se ven transformadas en el marco del nuevo modelo, los derechos sociales pierden entidad y la concepción de la ciudadanía se restringe, se profundiza la separación público/privado y la reproducción es enteramente devuelta a este último ámbito, la legislación laboral evoluciona en el sentido de una mayor mercantilización (y por lo tanto, desprotección) de la fuerza de trabajo y las legitimaciones se reducen a la ampliación del asistencialismo. El paradigma de la política social del neoliberalismo se convierte en el combate a la pobreza, considerada ésta como una patología inevitable del sistema social que sólo es posible morigerar.

CAPITULO IV: EL NACIMIENTO DE UNA NUEVA ORTODOXIA: LAS REFORMAS NEOLIBERALES EN SALUD

IV.1. Las dos "fases".

Draibe (1994) cree identificar dos "fases" en el pensamiento y en las subsiguientes acciones de origen neoliberal:

"En la primera fase, puede afirmarse que fue básicamente defensiva: sus "recomendaciones" consideraban superar la crisis mediante la negación de los principios socialdemócratas de regulación económico-social. En el segundo momento, el énfasis mayor fue puesto en los vectores de políticas que pudiesen sustentar el crecimiento apoyado en la elevación de la competitividad sistémica y en el refuerzo de los mecanismos de modernización y flexibilización de las estructuras y factores sociales, adecuados a las características de las nuevas tecnologías.

Al comienzo el redireccionamiento de la política social casi se resumía en las propuestas de recorte del gasto social, en la desactivación de los programas, en la efectiva reducción del papel del Estado en ese campo. Thatcher y Reagan (...) reduciendo la universalidad y los grados de cobertura de muchos programas sociales, "asistencializando" —esto es, retirando del campo de los derechos sociales- muchos de los beneficios y, cuando se pudiese, privatizando la producción, la distribución o ambas de las formas públicas de prestación de servicios sociales"³⁶.

El programa neoliberal inicial consiste en un conjunto de prescripciones de reformas de los sistemas de protección social, derivadas de nuevos principios de

³⁶ DRAIBE, Sonia "Neoliberalismo y políticas sociales: Reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas". Revista Desarrollo Económico N° 134. Bs.As. 1994

organización, orientadas a su privatización, descentralización, focalización y la conformación de programas (fondos) sociales de emergencia.

Tan tempranamente como en 1994 Draibe ya establece la secuencia identificando una modificación a la primera fase: "Tengo la impresión de que en estos primeros años de los 90 se modificó en parte la agenda neoliberal de reformas de los programas sociales y esta alteración está relacionada con los desafíos de la modernización y de la mejoría de la competitividad sistémica de las economías, en la búsqueda de la integración internacional y del crecimiento sustentado. Ya en el liberalismo de Friedman, dos áreas de acción pública se justificaban en el campo social: la de seguridad y justicia, por un lado, y la de educación básica, por otro. La inversión en recursos humanos y, en consecuencia, el refuerzo de las políticas sociales de educación, salud e infraestructura social volvieron a ser parte de la agenda de reformas y de redireccionamiento del gasto social, aún las propias del neoliberalismo (...) este énfasis parece revertir, en parte, las tesis sobre la disminución del papel del Estado, de un lado, y la focalización y selectividad, de otro, por lo menos en lo que se refiere a la educación y la salud(...)las bases institucionales de la inversión en recursos humanos están relacionadas con las redes públicas de educación básica y secundaria, así como con los programas universales de salud colectiva, prevención de enfermedades y atención primaria. Redes y programas, como se sabe, que son propios de la acción estatal y muy poco adecuados a modificaciones del tipo focalización o privatización. (...) la pobreza se agravó, constituyendo hoy una traba a la modernización de las economías (...) pero la eliminación de la pobreza constituye también condición de la estabilidad política (...) sea para educar la fuerza de trabajo en los nuevos términos exigidos por la modernización y el progreso, sea por la erradicación de la pobreza que retarda este último e introduce inestabilidad política, la nueva agenda de reformas de programas sociales tiende hoy a perder el sesgo sólo negativo del

primer momento y aproximar al ideario de "modernización neoliberal" algunas de las lecciones o tradiciones del pasado (...) una "nueva fase de reformas"³⁷.

Nuestro trabajo, se limita a estudiar las políticas de salud, con sus respectivos arreglos institucionales y organizacionales de la primer fase descrita por Draibe. Primer fase, que por condición periférica –entre otras- se construye, en términos cronológicos, tardíamente en la Provincia de Río Negro.

En las políticas de salud en particular, también es posible identificar dos "etapas" de reformas cuyo contenido formal tienen origen en sendos documentos del Banco Mundial.

La primera fase la caracterizamos con Belmartino y Bloch (1998) como la "...elaboración de las directivas generales de privatización, focalización y descentralización recogidas en las recomendaciones del Banco Mundial en su documento de 1987, "Una agenda para la Reforma"³⁸.

IV.2. Profundización de las recomendaciones neoliberales en la "primer fase".

Tal como se planteó en el capítulo anterior, las nuevas tendencias incorporadas a las políticas sociales, intentan mejorar su eficacia y calidad a través de tres estrategias principales. La vocación neoliberal de los principios de organización que sustentan las mismas acompañan el llamado ajuste estructural de las políticas económicas. La descentralización debería acercar los problemas al ámbito de su resolución; la focalización mejoraría la eficacia global del sistema asegurando que la asistencia llegue a quienes realmente lo necesiten y la privatización, desburocrataría el proceso de implementación de las políticas sociales y bajaría los costos de las

³⁷ Ibidem

³⁸ BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos "Desregulación/Privatización: la relación entre financiación y provisión de servicios médicos en la reforma de la seguridad social médica en Argentina". Revista Cuadernos Médico Sociales N° 73, Rosario, Mayo de 1998.

mismas. Se analizarán estas estrategias en políticas de salud tratando de definir las conceptualmente.

IV.2.1. Privatización:

Su supuesto es la mayor eficiencia del sistema que la que tenía bajo la gestión estatal de los servicios de salud. Aceptado este presupuesto se incrementaría la eficacia de la oferta, se evitarían las irracionalidades provocadas por la gratuidad de los servicios aumentando por consiguiente su eficiencia, finalmente se lograría mayor progresividad del gasto social redireccionándolo hacia los sectores más postergados aumentando con ello la equidad del sistema.

En su sentido más amplio este principio de organización implica un cambio en las relaciones entre Estado y Sociedad Civil, entre Estado y Mercado: quienes optan por esta concepción amplia incluyen los traspasos de responsabilidades no solo hacia el sector privado lucrativo, sino también al no lucrativo: ONGs, filantropía o voluntariado; al sector informal –familias- (Franco, 1996).

En un sentido más estricto, la privatización implica la producción directa de bienes y servicios por parte del sector privado. Incluye las terciarizaciones o privatizaciones periféricas (actividades de apoyo en los servicios de salud); las formas de privatizaciones indirectas, como la cesación de programas (privatización implícita) o las reducciones (privatización por atribución) (Draibe, 1994)³⁹. También los diversos mecanismos de cofinanciación –copagos, tickets, aranceles- son incorporados a esta modalidad (Franco, 1996).

A nivel latinoamericano, esta estrategia se desarrolló –dentro de las políticas sociales- preferentemente en el sector de pensiones y jubilaciones, y en Argentina también en el subsistema de obras sociales (a través de la financiación con prestación

³⁹ También denominada "privatización pasiva": MUSCHELL, Jeffrey "La privatización, medida de equilibrio". En Revista Foro Mundial de la Salud Vol 17, N°1, OMS, Ginebra, 1996. Este autor divide las modalidades de privatización en activas y pasivas. Las primeras toman la forma de: traspaso de activos públicos, contratación pública de servicios privados e incentivos y promoción normativa.

bienestar como "universalismo". Una oferta homogénea abierta a toda la población o a un segmento de ella con independencia del ingreso que sus miembros tengan; solventada con rentas generales del Estado (Franco, 1988). Por el contrario el segundo -la focalización- es entendida como la canalización del gasto hacia los grupos indigentes, previa comprobación de su pobreza (Buriyovich, 1994). Consiste en identificar con la mayor precisión posible a beneficiarios potenciales y diseñar un programa con el objetivo de asegurar un alto impacto per cápita en el grupo seleccionado (Franco, 1990 y 1995). Se orientan las acciones de la política social hacia los individuos, hogares o grupos con carencia de necesidades satisfechas, considerados aisladamente.

Las críticas neoliberales referidas a la universalidad en políticas sociales no concluyen con propuestas progresivas para su realización, por el contrario, terminan abandonándola como objetivo a cambio de la focalización. Son numerosos los cuestionamientos planteados ante esta estrategia. Veamos:

- Su aplicación en contextos de crisis se dificulta, porque se extrema la puja distributiva, lo que no colabora con el redireccionamiento del gasto social.
- Si bien el neoliberalismo "develó" a la pobreza aceptando su carácter no coyuntural, al mismo tiempo lo que devela como existente lo "naturaliza" (siempre hubo y habrá pobres), olvidando que el concepto de pobreza se construye histórica y socialmente (Grassi y otros, 1992). Por lo tanto, también, es variable su grado y modalidad corriéndose el peligro de aumentar la heterogeneidad entre grupos⁴⁰.
- Su carácter de selección "aislada" no contempla -por definición- al entorno ni apoya el potencial y las iniciativas de los grupos así como puede "errar" en el "ajuste del foco" (individuo, hogar, grupo) y promover el desarrollo de estrategias por parte de potenciales beneficiarios para "entrar en foco".

- El desarrollo de la focalización va aumentando el contenido intrínsecamente asistencialista de las políticas sociales, constituyéndose en una especie de "neobeneficiencia" destinada a una categoría de "ciudadanos débiles", "los más humildes", acercándonos peligrosamente al concepto de "pobres merecedores" acuñado por el asistencialismo del siglo pasado; "ya no en manos de las damas benefactoras sino de técnicos competentes" (Isuani, 1992). Este carácter, fuertemente asistencialista, tiende –además- a desplazar determinadas políticas sociales de su función "integradora", de promoción comunitaria hacia el mero objetivo del control social y de prácticas de subsistencia⁴¹. Esta asistencialización de las políticas –vía focalización- implican que las mismas se ocupan de los efectos y no de las causas de la pobreza. La difusión de la estrategia de focalización, desde otras políticas sociales hacia las que históricamente contenían la pretensión de universalidad –el caso de las políticas de salud- la toma en una estrategia de corte asistencialista. Ya nos es –la salud- un derecho social sino la consideración de los excluidos, los caídos del sistema. El asistencialismo es entendido no como un derecho sino como una acción de buena voluntad, "o en la decisión de orden moral de el que da (el Estado, una institución, un grupo) y el que recibe en la que uno y otro de los actores que entran en relación se personalizan e individualizan" (Grassi, E. y otros, 1994)

- La elección por la focalización no computa las positivas externalidades sociales producidas por una política de alcance universal.

- Otra consecuencia de la focalización excesiva es la discriminación: quienes son seleccionados pasan a ser "socialmente vistos y tratados como pobres, se legalizan e institucionalizan las desigualdades sociales" (Tenti Fanfani,

⁴⁰ No se pueden fijar con precisión las fronteras de las líneas de pobreza. Se utilizan criterios estáticos ante una realidad dinámica. Las mismas metodologías de medición de este fenómeno son cuestionadas (Buričovich, 1992 ; Lo Vuolo y Rodríguez Enríquez, 1998).

⁴¹ Es el caso, de los programas de huertas comunitarias, microemprendimientos y de programas de empleo temporario.

1992). También se refuerza la discriminación de género, ya que las políticas sociales focalizadas descansan sobre un esfuerzo muy grande sobre las mujeres (Vilas, 1997).

- La "selectividad" y la focalización pueden reforzar o crear prácticas de patronazgo y de relaciones de clientelismo.

En esta discusión -"focalización" vs "universalidad"- de las políticas sociales la CEPAL toma posición. Considera que la selectividad es regresiva cuando es parte de una estrategia de desmantelamiento de políticas anteriores de impacto progresivo: altos costos administrativos, desatención de grupos etéreos, modificaciones regresivas de los aranceles, trabas administrativas, una ineficaz selección de la población destinataria o altas filtraciones. Y considera a la universalidad como regresiva cuando no tiene en cuenta -por su alto nivel de homogeneización- las peculiaridades de los destinatarios, por problemas de cobertura originados en una desajustada relación de oferta y demanda, por regresividad en su financiamiento.

Para que la primera sea progresiva, debería cumplir con los siguientes requisitos: los servicios focalizados deben ser de buena calidad; que incluya criterios eficaces para determinar la población beneficiada; determinar si esta focalización no origina segmentación en nuevos grupos de población; valorar el aporte tributario que realiza cada sector

Frente a esta visión que analiza a la focalización como progresiva si cumple estos requisitos técnicos se contraponen la visión de que el principal problema de la focalización -en tanto uno de los principios de organización de los servicios sociales- implica básicamente la lucha distributiva y el conflicto político: "no se puede caer en la ingenuidad de creer que sólo es necesario contar con propuestas técnicas sólidas"(Isuani, 1992).

IV.2.3. Descentralización:

En los 70 se cuestiona a los sistemas de prestaciones administrados por los gobiernos nacionales por su gigantismo, su burocratización e ineficiencia y la alta concentración de poder y decisión. Se propone entonces, en un cambio de principio de organización, aumentar la eficiencia y la eficacia acercando los problemas a la gestión.

Con respecto a la eficiencia la descentralización puede contribuir cuando logra una mejor identificación de las necesidades o un mayor grado de innovación en las respuestas. Corren el peligro de reproducir las condiciones de centralismo y burocratización en los niveles "inferiores" de descentralización. En cuanto a la equidad el riesgo es que las diversidades en capacidades y recursos podría generar una alta inequidad en el sistema de producción de bienes y servicios. En estos casos la instancia central es quien debería dirigir, coordinar y compensar la puja distributiva.

La centralización y la descentralización no son modelos polares sino un continuo donde juegan diferentes variables: jerárquicas, funcionales y presupuestarias. Un sistema descentralizado de salud supone "una trama institucional, relativamente articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de las políticas de salud".

La descentralización no sólo apunta a hacer más eficientes los servicios de salud sino que también debe contribuir a la equidad, entendida como una distribución igualitaria de las actividades de salud para los diferentes grupos de población de acuerdo a sus necesidades.

La descentralización en salud está vinculada con una dimensión territorial o espacial: una población determinada, un conjunto de tecnologías apropiadas, un equipo de profesionales y niveles de ejecución y dirección. Es, más que sus componentes técnicos y administrativos, un principio de organización -y como tal- un principio eminentemente político que supone reformulación del poder dentro del estado.

y entre éste y la sociedad civil. No implica anarquizar ni que proliferen autonomías erráticas.

La descentralización debería mejorar la coordinación e integración realizando una verdadera coordinación intersectorial de acuerdo a un perfil de necesidades. (evitar superposiciones y generar vinculaciones entre lo privado y lo público, estatal y paraestatal, pago y gratuito).

El concepto mismo de descentralización es –entonces- problemático y ha sido –a su vez- problematizado. Adoptaremos en principio aquí una definición técnica que no prejuzga acerca de los contenidos y/o objetivos que se pueden lograr a través de su instrumentación para avanzar luego en el contenido organizacional/institucional otorgado en su construcción histórico-social en la Provincia de Río Negro . Esta conceptualización indica que la descentralización es transferencia de competencias estatales a una unidad menor en un espacio geográfico diferente (Boneo y otros, 1987), de esta manera, se trata de un principio de organización definido intraestatalmente⁴².

La descentralización es una estrategia que se ha adoptado en diversas reformas estatales y en especial en las políticas sociales de alcance universalista: educación y salud. En función de los diferentes periodos y contextos, ella ha asumido contenidos diversos y, en este sentido, nuestro interés radica en analizarlos a partir de la generalización de las llamadas reformas neoliberales en el campo de las políticas estatales.

El Estado Latinoamericano ha tenido, tradicionalmente, un fuerte componente centralizador: La pauta de asentamiento poblacional acompañada por la localización regional y asimétrica de las actividades económicas, los estilos de desarrollo adoptados (crecimiento inducido por la demanda mundial, industrialización por

⁴² Vamos a descartar aquí, las definiciones más amplias –y por consiguiente más imprecisas- de descentralización, que suelen incluir procesos de transferencias hacia el sector privado lucrativo o no lucrativo.

sustitución de importaciones -modelo ISI-) son aspectos que conspiraron para la formación de un estado descentralizado. Complementariamente, se agregan otros elementos que refuerzan la centralización: razones económicas de escala, la adopción de una matriz unitaria en su régimen político aún en los países nominalmente federales (Franco, 1996), la retroalimentación entre concentración económica y concentración de las decisiones y las influencias culturales de países de tradición centralista.

En el sistema de salud, el Estado Argentino consolidó esta centralización en las décadas del 40 y 50 a través de la labor de la Secretaría de Salud Pública (1946) y la incorporación de hospitales a la órbita del Estado. Esta centralización produce un doble efecto sobre las instancias estatales -nacional y provincial-: por un lado, imposibilita respuestas flexibles adaptadas a las diferentes demandas locales por parte del Estado Nacional; por otro lado, la exclusión de la instancia provincial en este proceso coloca a la misma en una situación de escaso desarrollo de las capacidades necesarias para los tiempos por venir (La Serna, 1988).

El proceso de descentralización de servicios de salud en la Argentina se compone de dos "fases". (Gagliano y Navarro, 1988).

La primer fase, que denominaremos de descentralización federal, modifica las relaciones entre Estado Nación y Estados Provinciales. Los primeros intentos de descentralización en políticas sociales fueron los de fines de la década del 50 y principios de los 60 con un contenido "federalista" de devolución y/o traspaso de atribuciones -en este campo- a las jurisdicciones provinciales. Estos intentos se vieron frustrados. En los años 78/79 el gobierno del Proceso toma la decisión de transferir los hospitales nacionales a las provincias (Ley Nac. 21.883). Si bien el discurso oficial argumentaba, intentando justificar el nuevo principio de organización, sobre la posibilidad de aumentar la racionalidad financiera y respetar los principios de

organización administrativa, el eje de la discusión giraba alrededor de la disponibilidad de recursos fiscales para hacerse cargo de estos servicios.

La segunda fase, que denominaremos de descentralización local, modifica las relaciones entre las Provincias y el ámbito local o municipal. En este sentido, han sido diversas las experiencias encaradas por las distintas provincias, algunas de ellas en pleno proceso de implementación.

CAPITULO V: UNA MISMA ESTRATEGIA Y DOS PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN: LA DESCENTRALIZACIÓN

Es durante los noventa, donde se conjugan -a nuestro juicio- dos principios de organización diferenciados al interior de la estrategia de descentralización local llevada a cabo por el Estado de la Provincia de Río Negro.

Como ya dijimos, sobre fines de los años ochenta, la descentralización comienza a formar parte de un conjunto de consideraciones sobre políticas estatales, que operan a manera de "recetario", desprendido de una concepción ideológica que genera la aparición de nuevos consensos. En el terreno de las políticas sociales hemos identificado las propuestas neoliberales a través de las "recomendaciones" formalizadas en el Informe del Banco Mundial del año 1987 para los países en "desarrollo". En este contexto la descentralización, mejoraría la eficacia/eficiencia a través de un mayor control por parte de los usuarios, acercando problemas con gestión; mejoraría la coordinación intersectorial y el control de la burocracia.

V.1: Dos contenidos descentralizadores en tensión.

El recorrido expuesto sirve de contexto para comprender la descentralización en salud en la década de los noventa en la provincia de Río Negro. Nuestra visión del fenómeno es que ella asume -en la provincia- dos contenidos fuertemente diferenciados enraizados en dos principios de organización contrapuestos.

Por un lado la que enfatiza la fuerza "democratizadora" de la descentralización, en un doble sentido: por un lado, como fortalecimiento institucional-democrático y como creadora de nuevos canales de participación social en salud. Este principio proviene de la esfera de la ciudadanía.

Por otro lado, la concepción neoliberal de esta misma estrategia que subraya su poder de racionalización en el gasto y provisión de servicios en el campo de las

políticas sociales. Este principio de organización, que tiñe la estrategia de descentralización proviene de la esfera económica-productiva.

En la primera predomina la concepción de descentralización como cambio en el sistema de poder, en la segunda, en cambio, predomina el mejoramiento en la asignación de recursos. Aún cuando la última mencione a la participación social, lo hace desde un paradigma diferente, interesada en que la misma sirva para un mejor control en la asignación y en el ahorro de recursos incorporando los extraestatales. Constituye una manera diferente de concebir la participación social (Menendez, 1998)⁴³

A fin de reconstruir la lucha estratégica que entre actores diversos se produce en el escenario local del campo de la salud y que se posicionan y luchan por otorgar contenidos y formas a la estrategia desplegada de descentralizar hemos analizado dicho campo local de salud identificando tres categorías de actores: los agentes institucionales políticos (AIP), los agentes institucionales técnicos (AIT) y la comunidad.⁴⁴ En sus prácticas adoptan estrategias vinculadas hacia uno u otro de los contenidos de la descentralización enunciados.

V.1.1. La descentralización como principio de organización democratizador de las relaciones de poder

Desde la provincialización (1957) se opta por una estructura en el sector salud crecientemente descentralizado. A partir de la promulgación de la Ley 2570/92 la

⁴³ Una serie de tendencias, que incluyen en especial las propuestas neoliberales, consideraron las características de la sociedad actual y el tipo de participación centrado en el individuo y en la competencia como la alternativa más adecuada y "realista". Colocaron el eje de la PS en el individuo, en la autorresponsabilidad personal, en la crítica de la dependencia, en la autonomía del sujeto, etc. y tendieron a secundarizar la significación de las estructuras, de la organización social y del papel del Estado, colocando el eje en el individuo y no en la sociedad civil. La PS fue reducida al individuo o al microgrupo... MENENDEZ, Eduardo L. "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado". En revista Cuadernos Médico Sociales N° 73. Rosario. Mayo de 1998.

⁴⁴ Hemos identificado tres categorías de actores: Los Agentes Institucionales Políticos (AIP); esta categoría corresponde a los integrantes del Consejo Local de Salud (CLS) y éste es su principal ámbito de acción. Los Agentes Institucionales Técnicos (AIT); contienen a los integrantes de los equipos técnicos de salud cuyo escenario principal de

estructura del subsector público de salud , quedó conformada en tres niveles : local (Consejo Local de Salud- C.L.S), zonal (Consejo Zonal de Salud- C.Z.S) y provincial (Consejo Provincial de Salud Pública- C.P.S.P)⁴⁶.

Esta ley facilita que algunas de las prácticas se orienten hacia el primer contenido de la descentralización: la función democratizadora. Ella postula priorizar los mecanismos de participación y delegación de competencias y funciones que garanticen la concreción de sus objetivos.

Esta estructura compromete la presencia de nuevos actores, el desarrollo de nuevas estrategias y una mayor necesidad de generar espacios de concertación y coordinación intersectorial e interinstitucional.

Los AIP, en el ámbito del Consejo Local de Salud, de acuerdo a la posición asumida en el campo y a las estrategias desplegadas en sus prácticas llegan a diferenciarse en dos sub-grupos: los que forman parte de la estructura de salud –“los de adentro”- y los que representan a instituciones locales – “los de afuera”-.

El sub-grupo de los AIP que pertenecen a la estructura de salud –“los de adentro”- consideran que la nueva estructura de gestión permite que las demandas de la comunidad –“lo que el vecino pide en el barrio”- y las de los trabajadores de la

actuación son el hospital y los centros periféricos. La comunidad está conformada por la población potencialmente beneficiaria.

⁴⁶ El Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP) es el ente autárquico encargado de ejecutar la política de salud pública. Está integrado por: un presidente designado por el poder ejecutivo, un secretario ejecutivo profesional del área de salud, los presidentes de los consejos zonales de salud, un vocal representante de los trabajadores de la salud (perteneciente al gremio), un vocal representante del Instituto Provincial del Seguro de Salud (I.PRO.S.S) y un representante de la Confederación General del Trabajo (C.G.T). Los Consejos Zonales de Salud (CZS) se constituyen en el ámbito de cada zona sanitaria de la provincia de Río Negro. Están integrados por: un presidente, un secretario técnico, un representante por cada consejo local, un representante de los trabajadores de la salud. Serán los organismos políticos responsables de la relación entre las comunidades y los hospitales de la zona con el C.P.S.P. Los Consejos Locales de Salud (CLS) se constituyen en el ámbito de cada “área programa” (unidad mínima de organización sanitaria , delimitada geográficamente, con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de la población), asumen un papel decisivo en la “definición e implementación de las políticas de salud locales”, complementarias con las determinadas en los niveles zonal y provincial. Cumplen un rol de órgano político, sus acciones se referirán al conjunto de la problemática sanitaria de cada localidad y mantendrán interrelación permanente y concertada con los niveles técnicos de conducción de cada área. Están integrados por: el Director del área programa en carácter de presidente; un representante del Consejo asesor técnico administrativo del establecimiento de salud, designado por el director del área a propuesta de los miembros de los mismos representantes comunitarios, a través de los miembros del ejecutivo, preferentemente del área social y un miembro del legislativo del municipio donde se asienta el establecimiento de salud cabecera del área; un consejero local de salud, representante de los vecinos de la localidad donde se asienta el establecimiento cabecera del área; un representante de los trabajadores de la salud de ese área programa. El C.L.S es el responsable de la relación entre la comunidad local y los efectores de salud.

salud, puedan presentarse ante el C.L.S, constituyéndose en una instancia más democrática de elaboración y presentación de propuestas. Este modelo es visualizado como una instancia superadora a la que existía anteriormente superando la incertidumbre respecto a la atinencia de estas demandas. Actualmente, existe una relación más directa que permite una diversidad mayor en las modalidades de expresión de éstas demandas (reclamos, notas, solicitudes respecto a pedidos de extensión horaria, la incorporación de profesionales, etc.), diversidad que abarca también, a los diferentes canales de comunicación utilizados, especialmente a través de quienes tienen representación externa en el C.L.S - municipio, junta vecinal, etc-. En este nuevo funcionamiento, la dirección del hospital, necesita adoptar nuevas modalidades en la toma de decisiones, mediatizadas y compartidas en el seno del C.L.S. Percibe, en este nuevo ámbito, que las decisiones se ven demoradas. Cuando se trata de una cuestión interna al hospital, la dirección se considera más habilitada para adoptar una respuesta, ocurre lo contrario cuando esa decisión involucra a la comunidad.

El sub-grupo de los AIP que pertenecen a la estructura de salud –“los de afuera”, ocupan un lugar subordinado al papel preponderante de los representantes de las instituciones de salud. Ellos manifiestan que su función, se circunscribe a apoyar los objetivos de la dirección del hospital o a avalar las decisiones tomadas en otros ámbitos (como por ejemplo el presupuesto hospitalario) en desmedro de la posibilidad de construir un espacio generador de decisiones compartidas.

Esta diferenciación es acentuada por la concepción de que existe un conocimiento diferencial sobre la realidad, de acuerdo al lugar desde dónde se observa: “uno conoce la realidad comunitaria y el otro tiene un conocimiento desde el escritorio, que es distinto”. Otro elemento que los distingue es el llamado “compromiso político” : “uno que apoya obsecuentemente las decisiones que provienen de las estructuras del sistema de salud ” y otros que se hacen eco de necesidades reales de

la comunidad. Este segundo grupo manifiesta la complejidad para conciliar su doble rol. Por un lado, ser vocero de la comunidad ante el Consejo Local y por otro, ser vocero de las limitaciones en las posibilidades de las respuestas institucionales ante la comunidad. Los que ocupan estos lugares manifiestan "que arriesgan mucho...que se exponen mucho" en dos sentidos: frente a sus representados y frente a los funcionarios de turno.

En el marco de esta dinámica estos actores diferenciados acuden a recursos diferentes. Entre ellos se han identificado: el reclamo ante la prensa, utilizado prioritariamente por los de "afuera"; el conocimiento técnico por parte de los de "adentro". Un recurso utilizado en común es el uso del conocimiento normativo.

Por parte de los AIT, existe temor de cubrir nuevas demandas porque la experiencia indica que luego, ante su expansión comienzan las restricciones presupuestarias. Las inquietudes y necesidades surgidas y planteadas por la población atendida por los diferentes Centros Periféricos, desarrolladas en primer instancia con el apoyo de integrantes del mismo, son desalentadas y/o desactivadas desde los niveles de dirección.

La participación comunitaria requiere de transferencia de conocimientos e información y la existencia de canales apropiados. En este caso, sólo existen "instancias de participación" puntuales. Entre ellas se han identificado: reuniones mensuales que el representante de las Juntas Vecinales -C.L.S- mantiene con sus pares, las propuestas que desde el ámbito de los trabajadores de la salud le elevan a su representante, las reuniones del C.L.S en los centros periféricos. Estas últimas se concretan escasamente y el grado de participación depende del poder de convocatoria de cada junta vecinal. Ante estos insuficientes canales y espacios formales de participación y su escaso aprovechamiento se generan otros de carácter informal. Los requerimientos de la comunidad son expresados, en algunas oportunidades, en base a demandas y denuncias por medio de la prensa. El gremio (ATE), también, se hace

eco, no sólo de reivindicaciones sectoriales sino también de demandas de la comunidad.

Existe, entonces, constantemente una tensión entre quienes representan a la oferta de servicios y quienes representan a las demandas (necesidades de la comunidad). Esta vinculación oscila entre la atención asistencialista de la demanda espontánea y el enfoque marcadamente "ofertista" de los programas establecidos a nivel nacional. No se visualiza la formulación de una oferta organizada con participación comunitaria elaborada a partir de un adecuado perfil de necesidades.

V.1.2. La descentralización como principio organizador optimizador de la asignación de recursos

La misma ley 2570/92 también permitía la conformación de un Fondo de Obras Sociales (FOS) conformado por los honorarios cobrados a las obras sociales por parte del hospital público producto de la atención a sus afiliados. Parte importante de este fondo estaría destinado al aumento de los sueldos de los empleados del hospital y a cubrir otros gastos del sistema. Posteriormente, en el año 1996, la provincia adhiere al decreto 578/93 del PEN debido a que sus políticas sustantivas se ajustan a criterios establecidos en la ley 2570 y que a través de dicho decreto se introducirá asistencia financiera destinada a fortalecer la gestión hospitalaria y que por art. 1º los sistemas nacionales de seguro están obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos.

A través de la adhesión a dicho decreto el Estado Provincial introduce un principio de organización neoliberal en la concepción de la descentralización destinada básicamente a lograr una asignación más eficiente de los recursos. Esto complementa

la utilización de la descentralización en sentido de ajuste financiero y racionalización en el uso de los recursos provocado por la crisis fiscal provincial del 94/95.

En su concepción teórica, el gerenciamiento de la descentralización implica un proceso continuo de planificación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las acciones, bajo una dirección adecuada en la ejecución y en presencia de permanente supervisión, seguimiento y evaluación. En la práctica, los Centros Periféricos, no cuentan con una planificación anual –salvo rara excepción- en virtud de que no es una exigencia desde los niveles de decisión. Del mismo modo ocurre con el proceso de evaluación. La planificación es considerada deseable aunque requeriría por un lado, una inversión de tiempo que no es considerada fructífera y por otro, las "emergencias institucionales" conspiran en el desarrollo de una tarea programada. "Llega lo que hay que hacer YA", "van a apagar el fuego cuando se hace". No existen normativas ni reglamentos que encuadren sus actividades. Al respecto los AIT explicitan que: "vos necesitas que alguien ponga las reglas de juego". De esta dinámica resulta una anomia que trae aparejada una "falsa autonomía" en los centros periféricos.

La concepción acerca de la descentralización es percibida desde el C.L.S como administrativo-presupuestaria que optimiza los servicios a través de un mejor manejo del presupuesto, así como de la priorización local del destino de los recursos asignados. Sin embargo, esta modalidad, aumenta las tareas de la dirección del hospital e implica hacerse cargo de las limitaciones: "te asignan un presupuesto y después te dicen arreglátelas". Los administradores indican que la descentralización es difícil en épocas de ajuste y recursos escasos, con lo cuál tienden a concentrar los recursos para manejarlos con mayor alcance. Esta "relativa autonomía presupuestaria" convierte a la negociación en un elemento crucial: "a veces hay que pelear bastante porque estamos restringiendo mucho los gastos".

La descentralización es considerada operativa sólo para la actividad del hospital pero no para los centros periféricos. "El lugar de poder es el hospital", "tiene mucha fuerza lo que dice la dirección, a ella se le depositan los problemas".

Como la descentralización implica no sólo un modelo de gestión sino una toma de conciencia colectiva, se critica desde los AIT la falta de capacitación de los recursos humanos que debió acompañar al proceso de descentralización..

La descentralización es percibida también, por los AIT, como sinónimo de "ajuste presupuestario" o "gestión meramente administrativo/presupuestaria". "Cada vez que nos hablan de descentralización implica que nos hablan de recorte". Estas expresiones denotan su asociación con la reducción de horas de trabajo en el centro periférico y con restricciones de recursos materiales. Es concebida como "una forma de que el hospital se haga cargo de sus gastos". "Tiene menos plata y se las tiene que ingeniar". El cobro a las obras sociales, cuyos pacientes se atienden en el hospital, el cobro de fármacos que antes se repartían gratuitamente (anticonceptivos), son acciones percibidas como derivadas de esta modalidad de la descentralización. Otro entrevistado reafirma esta interpretación: "es un montón de palabras nuevas que aparecen para decir que no hay gaita". De esta manera, se concibe al Consejo Local no como constructor de políticas en salud sino como administrador de los recursos. Lo mismo ocurre con respecto a "los jefes y directores que se han convertido en administradores más que en formuladores e implementadores de políticas de salud".

El principio de integralidad está íntimamente ligado a la búsqueda de una coordinación intersectorial. Para poder llevarlo a la práctica, el sistema local y el sector salud bajo su responsabilidad, deben articular y aprovechar las instituciones y entidades de otros sectores. Un sistema local de salud debería "coordinar e integrar" intersectorialmente, de acuerdo a un perfil de necesidades, evitando superposiciones y generando vinculaciones entre los subsectores público, privado y de obras sociales, entre lo estatal y lo paraestatal, entre lo rentado y lo gratuito. En la provincia de Río

Negro la ya mencionada ley 2570/92 no incorpora en ninguna de las tres instancias institucionales, representación de los subsectores privado y de obras sociales (la única obra social contemplada -C.P.S.P- es la del IPROSS de pertenencia estatal). Esto recorta las funciones deseables de los Consejos Locales de Salud. La coordinación con estos subsectores queda supeditada a contactos externos al C.L.S. Existen múltiples acciones de coordinación con diversas instituciones y de diferentes jurisdicciones. La característica que adoptan es su intermitencia, su falta de planificación en conjunto, generándose superposiciones y una inadecuada utilización de los recursos disponibles. Estas fallas son asignables, no tanto a los niveles de instrumentación, sino a los niveles de decisión, materializados a nivel local en el C.L.S.,

Hemos visto, entonces, como en el sistema de salud rionegrino están presentes los dos principios de organización diferenciados de la estrategia de descentralización. Situación que genera la presencia de lógicas diferentes y contradictorias que coexisten al interior del sistema.

V.2. El Consejo Local de Salud: un nuevo espacio para el campo de la salud?

La conformación de Consejos Locales es la forma que adopta la estrategia de descentralización -hacia el nivel local-. Intentaremos mostrar cómo se construye este nuevo espacio en la provincia de Río Negro seleccionando como estudio de caso el Consejo Local de Salud (C.L.S) con sede en la ciudad de Viedma, a tres años del comienzo de su implementación.

Analizar este proceso de construcción implica conocer la constitución de la nueva trama de relaciones entre los actores: identificar los nuevos actores, sus posiciones, sus intereses y los recursos puestos en juego a través de sus estrategias a

fin de apropiarse del capital que está en juego en el campo de la salud pública: la apropiación de los servicios brindados en el campo.

Por las características hegemónicas del modelo médico tradicional imperante en este campo es de suponer su fuerte poder estructurante frente a modelos alternativos que supone este nuevo espacio.

De lo anterior se desprende que la opción es un abordaje de carácter cualitativo, en tanto permite ingresar tanto en el significado que le otorgan los actores a sus prácticas como en el contexto en que ellas se desarrollan.

Los sistemas locales de salud han sido pensados para intentar una mayor participación social, una acción intersectorial, una efectiva descentralización, un control de las decisiones, y el uso de métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de la comunidad.

Todo sistema local de salud requiere para su funcionamiento de la articulación de diversos planos jerárquicos (Boneo y otros, 1990): un plano político jurídico que establece las normas básicas de funcionamiento, en este caso del sistema provincial de salud pública; un plano político administrativo que conduce las estructuras y funciones del sistema provincial, en nuestro caso el Consejo Provincial de Salud Pública y un plano político operativo donde se constituye, concretamente, el sistema de salud mediante la coordinación por parte del Consejo Local de Salud de la relación entre las unidades productoras de servicios de salud (Centros Periféricos y Hospital) y la población beneficiaria.

En estos planos se juegan relaciones y mediaciones que provienen tanto desde lo prescriptivo-institucional como desde el funcionamiento informal-real de las prácticas sociales involucradas.

De los planos precedentemente citados, no contemplaremos el plano político-administrativo, en el caso del plano político-jurídico sólo lo presentaremos como marco

donde se desenvuelve luego el plano político-operativo objeto específico de este trabajo.

V.2.1. El plano político-jurídico como contexto.

En la provincia de Río Negro, a partir de la promulgación de la ley 2570/ 92 la estructura del subsector público de salud quedó conformada por un Consejo Provincial de Salud Pública que por mandato de la Constitución Provincial tiene la función específica e indelegable de garantizar el derecho a la salud a toda la población. Su labor se desarrolla en base a los criterios de descentralización política, técnica y administrativa priorizando los mecanismos de participación y delegación de competencias y funciones que garanticen la concreción de estos objetivos⁴⁶

Como está dicho y de acuerdo a la ley 2570, el subsector público de salud está organizado en tres niveles : local (Consejo Local de Salud- C.L.S), zonal (Consejo Zonal de Salud- C.Z.S) y provincial (Consejo Provincial de Salud Pública- C.P.S.P).

Con esta ley se intentó modificar la dinámica del poder ya que hasta ese momento el nivel central tomaba las decisiones y asignaba los recursos y los otros niveles ejecutaban las acciones programadas. Se pretendió que todos los niveles adoptaran un rol que les permitiera ser protagonistas de la salud de las comunidades, siendo el eje el nivel local "pues manejarán sus recursos, supervisarán y controlarán el proceso", en un marco en el que la normatización general y el encuadre de las políticas seguirían siendo atribución del nivel central del estado provincial.

V.2.2. El plano político-operativo.

⁴⁶ Ley provincial de Salud Pública: Ley 2570. Ley de reformulación administrativa del sub-sector público de salud. Promulgada en Diciembre de 1992.

En lo que sigue se intentará analizar este plano, en el que se lucha por la apropiación del capital en juego es decir, los servicios de salud.

Constituyen este plano el C.L.S y su área de intervención: el hospital, los centros periféricos y la población beneficiaria. Los actores identificados a través del trabajo de campo son: los AIP (agentes institucionales políticos) quienes integran el C.L.S; los AIT (agentes institucionales técnicos) quienes conforman los equipos de trabajo en las unidades productoras de servicios –centros periféricos y hospital-; y la población beneficiaria/comunidad.

V.2.2.1. El Consejo Local de Salud en acción: los AIP

El Consejo Local de Salud tiene como función específica la formulación, aplicación y evaluación de las políticas de salud en su área de intervención⁴⁷. Es en este espacio donde actúan los AIP.

En cuanto a la participación de los integrantes del Consejo Local de Salud se observa que aquellos que representan a las instituciones locales (Municipio, Juntas Vecinales) ocupan un lugar subordinado, al papel preponderante de los representantes de las instituciones de salud (Director del hospital, Jefe Area Programa (DAPA) y Administrador del Hospital). Salvo estas representaciones indirectas la "población destinataria" no se encuentra representada.

Ya hemos identificado los dos subgrupos en que se diferencian sus integrantes. Los que cuentan con representación del medio- perciben que su función consiste en

⁴⁷ Desde lo *prescriptivo* :el C.L.S tiene la obligación de realizar una reunión por mes, aunque el de Viedma se reúne semanalmente los días viernes. La constitución de los C.L.S es un proceso de legitimación en el marco de un sistema más democrático. De acuerdo a la ley 2570, las reuniones tienen carácter de abiertas y públicas, deben reunirse una vez por año en cada periférico, deberían planificar y evaluar las políticas locales de salud. La administración del hospital (direcciones, departamentos, unidades) son instrumentos administrativos y técnicos al servicio de las políticas que debe fijar el C.L.S. Dentro de sus atribuciones figura la de establecer convenios con otras instituciones para la atención usuarios con cobertura en salud, ad-referendum del Consejo Provincial. De lo recaudado mensualmente por estos servicios el 80% se puede destinar al equipamiento y funcionamiento; hasta un 30% de ese 80 puede distribuirse entre los agentes con criterios de productividad y prosecución de objetivos. El 20% restante se destina a un fondo provincial.

apoyar los objetivos de la dirección del hospital. En el mismo sentido, un representante expresa: "tenemos que avalar el presupuesto".

Estos modos de posicionarse van conformando dos grupos en tensión entre quienes representan a la oferta de servicios y quienes representan a las demandas (necesidades de la comunidad).

Las problemáticas tratadas en el C.L.S reflejan también las diferencias señaladas tanto desde su priorización como desde su tratamiento.

En general, los diferentes integrantes expresan que la mayor parte del tiempo insumido y la mayoría de los temas tratados hacen referencia a cuestiones internas del manejo hospitalario: "hay cuestiones muy domésticas que llevan mucho tiempo"⁴⁸. El hospital se encuentra cotidianamente desbordado ante el incremento de las demandas de servicios de salud producto de la crisis socio-económica y los problemas de cobertura del subsector de obras sociales.

Esta priorización es atribuida a que, a partir de la descentralización, el C.L.S se tendría que ocupar de la conducción política quedando en manos de la estructura base del hospital su instrumentación. Esta cadena jerárquico-funcional todavía no es entendida, de tal modo, se omite a la estructura hospitalaria y los temas domésticos ingresan directamente al C.L.S. En el caso específico de Viedma, el C.L.S tiene sede en el mismo hospital, en comparación con otros que funcionan en distintos ámbitos, (ej. municipios) lo que determina indirectamente el ingreso de mayor cantidad de problemas internos del hospital al C.L.S en desmedro de las problemáticas comunitarias.

⁴⁸ Los temas que se tratan con *mayor frecuencia* son: retiros o renuncias de médicos y las dificultades en su reemplazo; la cuestión del presupuesto y su distribución, el estado financiero, la ampliación del hospital; las relaciones intrahospitalarias: diferentes posiciones, en especial, entre la conducción y uno de los gremios; problemas cotidianos: internados crónicos, reparación de ambulancia, licencias de personal, limpieza de los centros periféricos. En *menor medida*, son temas de tratamiento: el pago de los obras sociales, los programas en ejecución, el estado de avance de la implementación de la APS, la capacitación de los recursos humanos, nuevas problemáticas de la salud (por ej: sida), instrumentación de campañas (hidatidosis y mal de chagas), necesidades de los periféricos. Existen temas que son totalmente olvidados, como por ejemplo: la planificación y la evaluación de las políticas locales de salud.

En su tratamiento, se visualiza primero, la presencia de una mayor cantidad de temas presentados directamente por "los de adentro" así como un mayor nivel de elaboración en dichas presentaciones. El tiempo asignado a su tratamiento es la variable de ajuste que utilizan para establecer la prioridad. Los temas son más enunciados que analizados; en algunos casos sin llegar a acuerdos firmes, en otros no se terminan de discutir en el transcurso de la reunión (por ello es importante la continuidad de los integrantes del C.L.S).

Esta situación lleva a que las políticas locales se vayan definiendo a medida que van surgiendo los problemas. El proceso de descentralización financiera es cuestionado permanentemente por considerar que su transferencia no se ha completado "si nos descentralizan que sea en serio...que sea con todo: con presupuesto, con decisión, descentralización sin presupuesto es imposible".

El C.L.S en su conjunto, como organismo de decisión, interactúa con el C.Z.S y el C.P.S.P en forma permanente. Se observa una actuación desdibujada por parte del C.Z.S y como contrapartida se advierte una fuerte injerencia del CP.S.P.

Esta alteración en los niveles jerárquicos enunciada, está originada en la coexistencia dentro de la misma ciudad (capital) de dichos niveles. Esta co-habitación geográfica es percibida como positiva y negativa a la vez. Lo positivo radica en que las urgencias surgidas en el nivel local son consultadas en forma inmediata al nivel provincial. Los aspectos negativos identificados fueron: al ser la ciudad de Viedma asiento de numerosos órganos políticos e instituciones propicia que integrantes de la comunidad local peticionen por fuera de los canales institucionalizados, generando permanentes conflictos; además se conforman, a veces, circuitos de presión, que no se corresponden con necesidades que cuenten con el suficiente grado de legitimidad social llegando al extremo de vehiculizar reclamos "ilegales" -en el marco de las prácticas médicas normatizadas- ; finalmente, es negativa la injerencia de las decisiones del C.P.S.P sobre el C.L.S, estas relaciones se establecen directamente

por intermedio de la dirección del hospital, en forma paralela algunos de los representantes (junta vecinal) llegan en forma directa y superpuesta con la dirección del hospital para tratar algunos de los temas (ampliación de los edificios, medicamentos ausentes)

El C.L.S interactúa también con los AIT quienes operan desde el hospital y los centros periféricos. No obstante, como ya fue analizado el C.L.S focaliza su articulación con el hospital resultando más problemática la vinculación con los centros periféricos.

En los AIP, en general, existe una percepción de las dificultades presentes en esta relación y que dan como producto una situación de desarticulación.

En primera instancia reconocen una falta de presencia efectiva de los C.L.S en los C.P : los representantes del C.L.S conocen de la obligación de reunirse una vez por año en cada periférico. La frecuencia de visitas realizadas efectivamente no es suficiente. En aquellos casos en que se efectivizan se priorizan los centros periféricos de mayor cercanía porque "son los que más llaman la atención", los más lejanos son los que presentan demandas más fuertes.

En segunda instancia justifican que las sesiones en el hospital insumen todo el tiempo y no permiten que se trasladen a los centros periféricos.

En tercer lugar, el sistema de información y comunicación es deficiente: "desearían contar, desde el centro periférico, con una comunicación más fluida y directa con el hospital". El personal de los C.P tiene dependencia administrativa con el hospital, situación que motiva dificultades en la comunicación. La distancia geográfica y la consiguiente necesidad de fluida comunicación entre ambos, no está debidamente resuelta (a pesar del sistema de radio-V.H.F que las enlaza). Tampoco está resuelto el traslado de servicios ni de personal (como por ejemplo, no se cuenta con vehículos asignados para el traslado de los profesionales o de los análisis químicos).

Los C.P son vistos como lugares de trabajo pasivos, como "cementerio de elefantes". En ellos, la pertenencia gremial de algunos de los integrantes de los equipos de trabajo -de índole opositora a la conducción del hospital- es percibida como un obstáculo para el establecimiento y desarrollo de una buena relación. La asignación de recursos humanos, por parte de la conducción, a los centros periféricos en términos de horarios y dotación del personal.

Surgen dificultades con el personal de limpieza (tiempo compartido), con el acceso del personal a los centros periféricos (cuestiones climáticas, traslados del personal entre el hospital y los centros periféricos).

El reemplazo de los médicos generalistas por motivos coyunturales (lo que implica clasificar la demanda para derivar su atención), ésta se presenta con mayor grado de dificultad en el segundo nivel de atención ya que el primero es resuelto, mayoritariamente, por las enfermeras y las agentes sanitarios.

No hay equidad entre la cantidad de prestaciones para la atención de los médicos clínicos y los médicos generalistas. Estos últimos realizan mayor cantidad de atenciones, lo que resulta contradictorio con la función del generalista y con la principal función de los centros periféricos, que es la de desarrollar la APS.

Entre el hospital y los centros periféricos no están estipulados "espacios de intercambio". Los encuentros anuales hospitalario-periféricos constituyen una asignatura pendiente.

La única estrategias de superación detectada de los AIP hacia los C.P es la del representante de las juntas vecinales quien visita quincenalmente cada centro periférico a fin de: " controlar, supervisar y resolver problemas puntuales".

V.2.2.2. La producción de servicios: los AIT

Los agentes institucionales técnicos conforman los equipos de técnicos y profesionales de la salud que en el ámbito del hospital y los centros periféricos tienen a su cargo las prestaciones de los servicios. En particular, trataremos de analizar sus posiciones y estrategias en el ámbito de los centros periféricos en tanto se constituyen en espacios donde interactúa más intensamente la demanda (comunidad) con la oferta de servicios de salud: se constituyen en la principal boca de ingreso al sistema por la ubicación geográfica que ocupan y por sus características de funcionamiento.

En sus prácticas perciben que el proceso de formulación y producción de las políticas de salud se encuentra desarticulado. Esta desarticulación proviene de una conjunción de factores. En primer lugar, existe una apreciación unánime respecto al funcionamiento del C.L.S como un ámbito cerrado donde la participación es escasa. En segundo lugar, se puntualiza la ausencia de planificación producto de una falta de decisión política para elaborarla, lo que provoca una amplia autonomía en la práctica para los centros periféricos. Aluden a que su presencia facilitaría, por un lado, la integración entre ambas instancias y por otro, redundaría en una inversión más eficiente de los diversos recursos. En tercer lugar, se destaca la falta de una presencia efectiva por parte del C.L.S en los centros periféricos, la frecuencia de visitas no es suficiente. Ellas no son reconocidas por los integrantes del centro periférico, como efectivas para el tratamiento y resolución de sus necesidades. En cuarto lugar, el sistema de información es deficiente, la institución como tal no tiene un circuito de información organizado, depende en parte de los jefes de especialidad con sede en el hospital. También existe una circulación insuficiente de la información por parte de la representación de los trabajadores de la salud: "no nos enteramos de las elecciones".

En quinto lugar, la falta de reconocimiento a las tareas que se desarrollan en el centro periférico. Ella es identificable a través de: las características del personal que ubican en los mismos (enfermeras con problemas de salud o de edad avanzada), las escasas visitas del consejo local, la falta de reconocimiento a sus actividades.

Los AIT se sienten tensionados por la doble función otorgada, en la práctica, a los centros periféricos. Por un lado, se les exige que "descompriman al hospital" y por otro, que desarrollen la estrategia de la "atención primaria de la salud". Complementariamente, la función asistencial institucionalizada y la focalización agrava la desarticulación.

En suma, desde el centro periférico se considera al hospital como el espacio decisorio por excelencia en lugar del C.L.S, lo que provoca una ausencia de legitimación de este último. Además el hospital es concebido con prioridades muy diferentes a las de los centros periféricos. Finalmente, esta desarticulación queda manifestada a través de : "Yo noto que en el hospital son ellos y que a los periféricos no los tienen en cuenta" .

Por tanto, se produce un divorcio entre las necesidades de la comunidad detectadas por el centro periférico (ej. temas de sanidad ambiental, angustias y depresiones ocasionadas por la situación socio-económica) y el C.L.S que se desentiende de ellas derivándolas a la junta vecinal o al municipio. Esto parecería estar indicando un desconocimiento de la situación de vida de la gente por parte del C.L.S como así también de una concepción restringida de los alcances de la APS.

Esta desarticulación tiene como respuestas, por parte de los AIT, diversas estrategias. Una de ellas, consiste en considerar a la junta vecinal como medio para contactar al centro periférico con el hospital en lugar de recurrir a la vía más genuina del representante de los trabajadores de la salud. Otro, por medio de "medidas de fuerza" ante decisiones no compartidas (EJ.: la negativa a cobrar los anticonceptivos). También, a través de diversos tipos y modalidades de presión ("asustarlos un poco") transgrediendo las vías jerárquicas.

Para lograr establecer una mejor articulación con las demandas de la comunidad las estrategias implementadas por los AIT son canalizadas a través de los programas estables y desde los profesionales que promueven distintos tipos de

convocatorias (atención sin turnos, charlas, TV). La disposición a "escuchar" es entendida como una forma de respuesta. Además de las respuestas específicas organizadas desde el centro periférico se recurre, en primer lugar al interior de la institución salud (hospital), luego a la Junta vecinal y/o al municipio. A veces, las demandas de la comunidad llegan por representantes de las juntas vecinales bajo la forma de "denuncia" de falta de atención de médicos, de personal de limpieza, etc..

A veces los abordajes técnicos seleccionados no responden a la raíz de la problemática (por ejemplo: estudios médicos de complejidad físico-biológico recomendados ante situaciones con componentes psíquico-sociales). En esta búsqueda de respuestas se recurre a estrategias de inclusión bajo programa sin que sea pertinente, lo que provoca la distorsión de sus objetivos originales.

Es vital el rol del agente sanitario en tanto articulador entre el centro periférico y la comunidad. Es bien visto desde esta última aunque existen limitaciones en sus prácticas: las dificultades para desarrollar las prácticas externas de su actividad, la restricción de horarios de visitas impuestos por la comunidad y el temor de tener que enfrentar demandas que conllevan una alta carga de angustia.

V.2.2.3. La población destinataria

En el análisis de la construcción de este espacio local cobra relevancia la actuación de la población destinataria con respecto a la expresión de sus demandas, a la participación en las nuevas estructuras y al control de la calidad de los servicios.

Habría una preferencia de la comunidad destinataria por atenderse en los centros periféricos en lugar del hospital. Alrededor de un cincuenta por ciento de los casos, acuden ante la presencia de síntomas de enfermedad o frente a emergencias. En los casos restantes recurren a los servicios de los diversos programas implementados (control del niño sano, PEÑI e inmunización). En menor medida es

utilizado el servicio de odontología. Se recurre a la utilización del centro periférico, más intensamente, en el caso de los niños que en el caso de los mayores. Otro motivo de preferencia en la asistencia al centro periférico está relacionado con evitar la "peregrinación interna" y con el "sentido de pertenencia" que genera la estabilidad de consultar siempre a los mismos prestadores.

Como alternativas al centro periférico se utilizan también otras instituciones. En primer lugar el hospital, en aquellos casos en que los centros periféricos están fuera de su horario de atención o para la consulta de algún especialista: "concurro al hospital cuando no me quedo tranquila de lo que me dice el médico acá o cuando no estoy segura". En algunos casos a pesar de contar con Obra Social prefieren atenderse en el centro periférico o en el hospital. En otros casos se vincula con la falta de dinero para afrontar los gastos adicionales que genera su uso (traslados, plus, medicamentos) o por desconocimiento de la mecánica de funcionamiento de la obra social. En general no existe utilización de servicios privados.

Se observa en varios casos la pérdida de la obra social en la población, lo que se establece a través de expresiones tales como: "cuando la tuve...". Esto parece vincularse con el aumento del desempleo.

La comunidad se acerca al centro periférico demandando un amplio espectro de servicios. Se demanda la implementación de nuevos servicios, se solicita atención pediátrica ante las dificultades que ocasionan las derivaciones al hospital, en menor medida, se requieren servicios de laboratorio y oculista. En general el deseo común es tratar de evitar el hospital a través del establecimiento de un horario más extenso de atención y de la presencia de especialistas en el centro periférico, especialmente pediatría. Las demandas de características preventivas no aparecen expresadas por parte de la comunidad: "cómo que tengo que ir cuando estoy sano?".

Este cúmulo de demandas sobrepasan las posibilidades sectoriales de respuesta sobre todo, las relacionadas con su situación socio-económica (laboral,

alimentaria) y las relacionadas con su sufrimiento físico y psíquico. Las inquietudes y necesidades surgidas y planteadas por la población atendida por los diferentes Centros Periféricos, desarrolladas en primer instancia con el apoyo de integrantes del mismo, son desalentadas y/o desactivadas desde los niveles de dirección⁴⁹.

Esta amplia gama de necesidades es diferencial de acuerdo a cada barrio donde se asienta un periférico. Estrictamente no han sido detectadas patologías diferenciales si bien no se ha realizado un estudio específico.

Los factores que determinan el tipo de servicios que demandan están relacionados con la situación socio-económica: nivel de desempleo (el que determina el nivel de cobertura por parte de las obras sociales), nivel de ingresos, tipo de vivienda y nivel de educación formal. La situación medio ambiental: tipo de vivienda (monoblock o viviendas individuales), otros (presencia de basurales). El nivel de aspiraciones e inquietudes: movilización y organización social e institucional. La situación espacial en relación a la distancia del centro periférico con respecto al hospital: los más distantes reciben mayor demanda por lo tanto requieren mayor inversión.

⁴⁹ Al respecto es útil atender las consideraciones efectuadas en una de las entrevistas en profundidad correspondiente a un integrante del equipo de salud y ratificadas por otras entrevistas efectuadas:

Entrevistado: "en algunos momentos hubo algunos inconvenientes porque nosotros trabajábamos con los desocupados acá y se cortaba la leña acá, repartían el pan, se hizo la huerta, fue bastante trabajo en el 95 con los desocupados (...). En la época que más se notó que el periférico era de la gente fue en esa época. Nosotros siempre lo remarcamos de que el periférico es de la gente, o sea es del barrio.

Entrevistador: y cómo crees que lograron ésto porque implica un grado de participación importante de la gente.

En/do: se logró desde la apertura, desde escuchar, desde convocar con algo sentido porque yo no estuve en la época en que se convocó acá por el tema de la basura, se convocaron a las juntas vecinales, a la gente del barrio, porque ese era un problema muy grande, entonces todos tenían que trabajar por la no basura en el barrio y ahí se hizo un gran avance. Después el tema de la desocupación... o sea, si es sentido en la gente, es decir, si no viene puesto desde arriba las personas participan, en eso hay mucha gente participativa, muy colaboradora, aún aunque no tengan nada que comer igual colaboran, eso es para aprender de ellos y mucho.

En/dor: la Dra. M. me contaba que las metas pasan más por lo cuantitativo que por este tipo de eventos que son más comunitarios.

En/do: totalmente. Acá cuando estábamos trabajando con los desocupados vinieron los directivos, en ese momento estaba H. de Director y P. de Jefa Dapa, bueno a querer patearnos el trabajo y la misma gente la defendió y claro, además de defendemos a nosotros porque se paró la gente... yo no sé en que momento se enteró porque hasta allí ya no llego... están las comunicaciones internas... como se enteró la gente no sé el tema es que no entraban en todos los pasillos y los habían encerrados a los directivos, claro ellos querían que nosotros dejáramos de trabajar con la gente, a algunos no les gustaba que permaneciera sucio el periférico pero era por el tréfin de la gente, era imposible mantenerlo limpio... es lo que la atención primaria verdaderamente dice trabajar desde la participación... en ese caso era abrigo, calor por la leña, se cortaban acá... oh! casualidad fue el año que menos se enfermaron los niños, hubo menos problemas respiratorios, después el pan que era de comer y desde la organización para una huerta para después tener alimentos... es decir que todas eran cosas fuertes... y bueno la misma gente se levantó, defendió y así se

En este marco de necesidades diversas analizaremos los facilitadores y obstaculizadores presentes en la relación de la comunidad con las unidades de producción de servicios de salud.

Esta relación se ve facilitada cuando la estabilidad y permanencia de los integrantes del equipo de salud propician un mejor vínculo con la comunidad. Se presenta el caso especial de aquellos trabajadores de la salud que viven en el mismo barrio, los que se constituyen en referentes válidos en tanto cuentan con un mayor conocimiento de las necesidades específicas del barrio. El rol específico del agente sanitario facilita su identificación como referente natural para la comunidad. En el caso de los médicos hay una relación dual ya que los generalistas serían los mejores interlocutores con la comunidad en comparación con los especialistas, no obstante la comunidad reclama especialistas (caso pediatría). La enfermera es otro agente importante en la interacción con la comunidad. Esta cuestión es reconocido hasta por quienes ostentan la hegemonía dentro del equipo: "nosotros hablamos muy rápido y en un lenguaje que no se entiende...esta cosa del apuro", dice el médico C. "Esto es compatible con la Política de Programa de Garantía de Calidad de Atención en la cuál todos los trabajadores de la salud somos responsables de la salud de la población".

Paralelamente, la relación se ve dificultada cuando existen representaciones sociales instituidas acerca de la modalidad de atención, por ejemplo: la diferente priorización respecto a la presencia del médico pediatra o médico generalista, divorcio entre la conceptualización sobre las etapas evolutivas de la infancia entre el personal técnico y la comunidad; las reducciones del tiempo asignado a la atención en el centro periférico por parte de los integrantes del equipo de salud debido a la exigencia de cumplimentar más de una función; los cuestionamientos por parte de las autoridades a los trabajos comunitarios entendidos como no específicos.

Los medios utilizados para establecer la comunicación, tales como las cartillas, carteles, etc. presentan dificultades de comprensión por parte de la comunidad, con excepción de los elaborados específicamente para la APS. Las formas institucionalizadas de transmisión de información: o bien se espera que desde los usuarios averiguan ante necesidades concretas, o sino el centro periférico informa sobre controles y servicios a quienes están bajo programa. La tarea del agente sanitario respecto a la información a otorgar en el momento de las rondas sanitarias (4 anuales, en cada estación) no es renovada periódicamente. Al desarrollarla en la primera oportunidad, en rondas subsiguientes la información no se renueva, ni se actualiza, ni se amplía.

Los prejuicios que están presentes en la relación entre actores: a través de los diálogos entre AIT y usuarios se trasluce la presencia de preconceptos que no facilitan una mejor relación intersubjetiva, por ejemplo la desvalorización de unos por otros con respecto a temas vinculados a la concepción- anticoncepción.⁵⁰

La activación de la participación social y su direccionalidad hacia la atención a la salud requiere de estrategias flexibles que canalicen la expresión de grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales que permitan la elaboración y ejecución de propuestas concretas. Una estrategia válida para tal fin debe viabilizar, la deliberación entre el conjunto de actores organizados, la concertación entre los mismos y convenir los mecanismos para pedir y rendir cuentas sobre el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos adquiridos en la concertación.

Los canales formales y los espacios de concertación con que cuenta la comunidad para relacionarse con los AIP son: reuniones mensuales que el

⁵⁰ ...Sra.: le muestra la panza

AIT: otra vez

Sra.: sí, pero yo no lo quería, yo me lo quería sacar, mi marido no quiso, mi mamá tampoco... pero yo estaba como trastornada...no había caso de que me hicieran entrar en razones. El que nos habló muy bien es el Dr. E y ahí me calmé un poco. Mi marido dijo al críamos 3 como no vamos a criar 4.

AIT: ahora hay que hablar con el médico que te hagan algo, así no te pueden dejar

Sra.: porque mi marido tiene la culpa...yo se lo dije".

representante de las Juntas Vecinales -C.L.S- mantiene con sus pares del resto de las juntas con motivo de informar y rendir cuentas de su actuación y recibir inquietudes; el representante en el C.L.S de los trabajadores de la salud: si bien no es con frecuencia, desde el ámbito de los trabajadores, le elevan propuestas para su tratamiento en el C.L.S.; las reuniones del C.L.S en los centros periféricos. Si bien las reuniones deberían tener una cierta periodicidad, en la práctica "como no pasamos todos los meses para la gente es una novedad" . En aquellos casos en que se concretó, la participación de la comunidad fue escasa y esta depende del poder de convocatoria de cada junta vecinal. En dichas oportunidades el C.L.S no lleva un orden del día establecido, en tanto se dispone a recepcionar las inquietudes planteadas por los trabajadores de la salud de ese periférico y de la comunidad atendida por el mismo.

Ante los escasos canales y espacios formales de participación y su insuficiente aprovechamiento se generan otros de carácter informal. Los requerimientos de la comunidad son expresados, en algunas oportunidades, en base a demandas y denuncias por medio de la prensa, tales como: dificultades en la atención en un periférico, ausencia de médicos y/o de personal de limpieza, etc. La participación es escasa en los ámbitos de salud, es mayor en otros espacios: junta vecinal, escuela e iglesia. Se alude a la falta de convocatoria por parte del centro periférico o de canales adecuados. La población destinataria acusa falta de tiempo o temores para participar más activamente.

También el gremio (ATE) se hace eco, no sólo de reivindicaciones sectoriales sino también de demandas de la comunidad.

Estos canales y espacios de concertación requerirían de una planificación participativa -hoy por hoy, ausente-, entendida como un proceso social en el que intervienen sujetos que viven cotidianamente las situaciones que se pretende modificar, a fin de desencadenar un proceso permanente de discusión y análisis.

CAPITULO VI: NUEVOS Y VIEJOS PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN: UNIVERSALISMO VS. FOCALIZACIÓN

La crítica neoliberal a las modalidades del Estado de Bienestar señala que la universalidad⁵¹ -como principio organizador de las políticas sociales, inherentes a dicho Estado- tiende a promover una demanda ilimitada algo que, a su vez, sobredimensiona los servicios involucrados implicando un incremento constante del gasto social y por esta vía promoviendo la crisis fiscal del estado. La focalización, entonces, surge como alternativa ante el supuesto de que el gasto social llega en ínfima proporción a los sectores pobres y que, contribuiría a lograr también una mayor eficiencia en el uso de los recursos vía una reducción de costos de gestión y de ejecución, a partir de un uso más tecnificado de información social.

Reiteramos entonces que la focalización es formulada como la canalización del gasto hacia los grupos indigentes, previa comprobación de su pobreza (Buriyovich, 1994). Lo que significa identificar, con la mayor precisión posible, a beneficiarios potenciales y diseñar un programa con el objetivo de asegurar un alto impacto per cápita en el grupo seleccionado (Franco, 1990 y 1995).

Reconociendo que el debate actual respecto al proceso de construcción de esta estrategia está centrado tanto en cuáles son los criterios que se utilizan para la selección de la población objetivo, como en el nivel de calidad que asumen la

⁵¹ Definimos al "universalismo" como una oferta homogénea abierta a toda la población o a un segmento de ella con independencia del ingreso que sus miembros tengan, solventada con rentas generales del Estado (FRANCO, 1988).

producción de servicios focalizados, ellos servirán de guía para presentar el análisis del caso de la provincia de Río Negro en el campo de la salud pública.

VI.1. Programas nacionales y provinciales

La aplicación de la focalización en contextos de crisis - donde se extrema la pugna distributiva- complejiza el redireccionamiento del gasto social implícito en esta estrategia. En la provincia de Río Negro, se le suma a la crisis estructural del conjunto de las políticas sociales, la aguda crisis fiscal provincial que estalló durante 1995. En este contexto que implica una mayor restricción del gasto social, su redireccionamiento significó una dificultad adicional a soslayar.

La modalidad de atención más frecuente en la salud pública rionegrina es la que se desarrolla a través de las unidades productoras de servicios standarizados - hospitales y centros de salud- con pretensión universalista como es tradición en los hospitales públicos argentinos. Contradictoriamente, en la práctica centran su atención sobre los sectores más desprotegidos, provocando una tendencia marcada hacia la focalización de estos servicios. Esta tendencia, es profundizada por la proliferación de programas -sobre todo de origen nacional, pero también provinciales- que desde su formulación contienen un alto componente focalizador.

Del conjunto de programas desarrollados en la provincia identificamos a cuatro de ellos como marcadamente focalizados, a dos de índole universalista y a los restantes constituidos por componentes combinados -selectivos, universalistas y focalizados-⁶². Uno de los criterios que mejor indica la progresividad o regresividad de

⁶² Programas de salud de la provincia de Río Negro según población-objetivo.

PROGRAMAS	POBLACION OBJETIVO
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Comunidad en general y su relación con el medio ambiente.
HIDATIDOSIS	Población rural
INMUNIZACIONES	Según plan ampliado de inmunizaciones niños menores de 2 años y embarazadas, el Consejo Pcial. de Educación lo amplía a niños, adolescentes y adultos.
MATERNO INFANTIL	Población menor de 20 años, mujeres en edad fértil (10/49), embarazadas.

la estrategia de focalización es la forma de selección de la población objetivo. En el caso de los marcadamente focalizados se observa que tres de ellos son formulados a nivel nacional y sólo uno (PEÑI) a nivel provincial. Vale destacar que están dirigidos hacia niños y/o mujeres embarazadas en situación de riesgo –léase riesgo social- asociadas con la problemática de la desnutrición infantil. Son programas que tienen una alta relevancia social influyendo fuertemente sobre las condiciones de salud del conjunto de la sociedad.

Un recorrido diferente se observa en el Programa de Inmunizaciones que en su formulación original –a nivel nacional contiene una fuerte impronta focalizadora- contemplaba únicamente a los niños menores de dos años y a las mujeres embarazadas. El Consejo Provincial de Salud hace extensiva su cobertura al resto de los niños, adolescentes y adultos, universalizándolo de hecho.

Analíticamente, también es necesario identificar el grado de focalización que contienen estos programas. La mayoría de ellos, cuentan con una excesiva focalización con respecto a la selección de la población objetivo atravesando los diversos tipos de colectivos (por ejemplo familias pobres) y colocando el foco sobre el individuo. Su carácter de selección “aislada” no contempla –por definición- al entorno

PROGRAMA MATERNO INFANTIL Y NUTRICIÓN (PROMIN)	Niños menores de 6 años y mujeres embarazadas con riesgos de nutrición.
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS	Población rural con NBI y dificultades de accesibilidad a la atención médica.
PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	Trabajadores en la comunidad con relación de dependencia en los lineamientos programáticos y normativos de todos los hospitales de la Provincia de Río Negro.
SALUD BUCAL	Todos los habitantes de la Provincia, en especial niños y jóvenes.
SALUD MENTAL	Toda la población de la Provincia.
SIDA Y E. T. S.	Jóvenes, adultos trabajadores sexuales, instituciones educativas, organizaciones cerradas y semicerradas, organizaciones no gubernamentales y comunidad en general.
T. B. C	Toda la población de la Provincia de Río Negro, en especial los grupos de riesgo.
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	Comunidad en general.
PASAR	Personas diagnosticadas con enfermedades infectocontagiosas en situación de riesgo social.
PEÑI	Niños de 0 a 6 años desnutridos o en riesgo de desnutrición. Madres gestantes desnutridas o en riesgo de desnutrición.

Fuente: elaboración propia sobre información oficial del C.P.S.P.

ni apoya el potencial y las iniciativas de los grupos así como puede "errar" en el "ajuste del foco" (individuo, hogar, grupo).⁶³

Si bien existe un discurso ligado a superar esta focalización tan extrema, en las prácticas sociales del campo no llegan a efectivizarse. En este sentido, desde la conducción hospitalaria (Dra hospital y Dr. DAPA) se concibe que –en el caso de la desnutrición- recuperando al grupo familiar es la mejor manera de resolver la situación particular que sufra alguno de sus integrantes. La estrategia que conlleva esta percepción estriba en organizar redes de sostén entre programas aumentando el impacto de este trabajo en conjunto. De igual modo, desde el C.L.S, algunos miembros, perciben respecto a la misma problemática que la desnutrición es, en primer lugar, un problema social que luego se convierte en un problema de salud. Las propuestas que promueven para su superación también son más integradoras, como es el caso de hacer ingresar al jefe de familia a un "plan trabajar" o procurar los mecanismos para que esta familia perciba un suplemento alimenticio por otra vía. Complementariamente, casos excepcionales de equipos técnicos – ej: uno de los programas de rehabilitación alimentaria para la infancia- trabajan con una dinámica interdisciplinaria donde el tema de la desnutrición es abordado como un problema familiar.

En síntesis, desde algunos niveles de decisión y/o implementación, y básicamente desde el discurso, se promueve una visión de una focalización más restringida. Esta visión se va transformando, progresivamente, a medida que se va avanzando desde sus formulaciones –más discursivas- hacia los niveles de implementación –más ligados a las prácticas sociales-⁶⁴.

⁶³ La crisis del Estado de Bienestar, implicó la desintegración del sujeto colectivo de las políticas sociales (trabajador protegido por la legislación) en "individuos" que son integrados o excluidos del mercado. "...la estrategia de la focalización es el correlato de la individualización de la fuerza de trabajo y de la posibilidad estructural de la exclusión de una parte de ella del mercado de trabajo". (Grasal, E. y otros, 1994).

⁶⁴ Al decir de un agente institucional: "esta historia de tener programas bien compartimentalizados, en la práctica es una porquería, porque tenes que partírtelos en pedazos para estar en todos, cuando los programas deberían ser únicos, sólo uno, y ahí establecer las prioridades. Bueno pero las cosas están así. Implica un cambio en el paradigma".

VI.2. Focalización y prácticas sociales

Desde la práctica veamos cómo se resuelve esta tensión entre atender al individuo y atender a la familia⁶⁶. Tomando como ejemplo, lo expresado por un AIT del programa PEÑI *"el modulo Peñi no es para que el niño se alimente y engorde, no es que ese módulo tenga nombre y apellido como pretende nivel central. El módulo es para la familia y uno lo sabe perfectamente, como uno va a pretender que un módulo de comida sea para un sólo chico cuando a lo mejor toda la familia se está muriendo de hambre"*. Otro testimonio indica que *"con el agravante de que ahora existe una bolsa alimentaria, que si fuera para que todo el grupo familiar mejorara en este hábito de sentarse todos a la misma mesa, compartir una buena comida, para todos iguales, pero llevarse una bolsita que en dos días se acaba, porque las madres deben pensar menos mal que este es flaquito así me puedo llevar la bolsa"*.

Esto denota que, en la práctica, la particularidad que asume la focalización provincial provoca distorsiones que no sólo se visualizan en el momento de ingreso al programa sino también en la modalidad que adopta su seguimiento: *"vamos siguiendo la evolución, los evaluamos, claro porque tienen que llevar planillas, de las bolsas que se llevaron, de las que recibieron, que cantidad de chicos, cuales están en riesgo, ese es el control que se lleva. Este control es para quien tiene que llevar las bolsas para saber cuantas tiene que preparar para el mes que viene."*

Los mismos agentes institucionales técnicos, aún conociendo las limitaciones que conlleva la focalización, actúan —ante la diversidad de los programas asistenciales y su escasa coordinación— potenciando su distorsión⁶⁶.

⁶⁶ El programa PEÑI es un programa de rehabilitación nutricional para niños de hasta 6 años que derivó de las cajas PAN comenzando en el año 89.

⁶⁶ Una de las asistentes sociales dice: "Y ahora con la bolsa, aparecieron muchos otros programas, Promin, Proame, Prosol, Pronur, el Peñi, son un montonazo. Antes eran dos nada más e ingresaban muchos chicos. Ahora como hay tantos programas cada uno tiene que, si vos sos persona mayor de tantos años entrarás en uno y sino entrarás en el otro. Pero, claro esto debe estar bien aceitado, sabés porque es todo esto para que una familia no vaya

La población con necesidades básicas insatisfechas, ante esta focalización extrema y el marcado carácter individualista de la selección, elabora estrategias para poder ingresar a los distintos programas⁵⁷, aumentando la ya distorsionada selección de la población objetivo.

Otro aspecto que contribuye, es la interacción entre las estrategias de la comunidad y las de algunos AIT, en un proceso de retroalimentación: *"(...) si bien la bolsa es para el niño porque él es el desnutrido sabemos que de ella come toda la familia... Yo he sido testigo en el barrio IPPV de gente que, desde la alegría nuestra de que Juancito después de 8 meses dejó de ser desnutrido, para la mamá no era una alegría, porque no le dan más la bolsa, entonces tenés que andar inventando para justificar la presencia de la bolsa, se la podes dar pero ya la sacas de contexto, tenés que justificar por otra cosa."*

Otra, falta de coordinación, se visualizó la interferencia por superposición de políticas provenientes de dos campos diferentes: el de las políticas de empleo y el de la salud. Una aplicación del Programa Trabajar – políticas de empleo- apareció como un disolvente de cadenas de solidaridad –políticas de salud-⁵⁸.

a ser que reciba por dos o tres lugares distintos. Entonces tiene que estar bien aceitado. Uno tiene que ir a decir mire que aquel no está recibiendo ... además a la gente no se le cree, para que lo ubiquen en otro programa".

⁵⁷ *"Entonces es como escudarse detrás del módulo. Es un paliativo, es decir que se está haciendo algo respecto a la desnutrición, pero no lo hace el módulo, el módulo es el enganche igual que la leche, enganche para ver el seguimiento de las patologías. Al chico desnutrido lo controlamos mes a mes y los que están llegando al límite del peso normal... y uno les está diciendo mire mamá tres meses más lo vamos a seguir controlando mes a mes porque ya está saliendo de la desnutrición y vos ves que al mes siguiente el chico vuelve con bajo peso, entonces es como que está manteniendo a ese chico en la desnutrición para recibir el módulo, por más que vos hagás, mes a mes, la charla de la importancia de la alimentación y estimular a la mamá "bueno esto lo estás haciendo vos, te felicito, porque tu hijo está saliendo adelante gracias a vos, no gracias al módulo", pero por más que hagás la charla mes a mes, lo social y lo económico tiene un peso terrible, y tal vez, hay familias que mantienen a ese chico para saber nada más que va a recibir un módulo, es el que trae las cosas a la casa. Los chicos que salen no es por el módulo Perfil, eso es lo que quiero decir, no es porque esté la bolsa, es por lo que vos puedas hacer a lo largo del tiempo. Porque si vos lo pensás, el módulo para una familia de 7 personas con un chico desnutrido es para una semana y no es que se lo den, exclusivamente a ese niño, los alimentos*

⁵⁸ Los AIT expresan "en algunos momentos hubo algunos inconvenientes porque nosotros trabajábamos con los desocupados acá y se cortaba la feña acá, repartían el pan, se hizo la huerta, fue bastante trabajo en el 95 con los desocupados, empezó a venir gente, a apoyarnos, a organizarnos y así es que se consiguió el lote que está al lado de la Iglesia y ahí un grupo de mujeres que quedaron, nada más, los varones no porque esto de todo por \$200 tuvo su eco, su eco en romper las cadenas de solidaridad que había, rompió eso, por el hecho de que antes la gente hacía el pan y la repartía a su propia gente que no tenía que comer y después entraron los \$200 y ya como no eran 40 las personas que estaban trabajando sino que el cupo era de 12 se lo dejaron al grupo de 12 y el resto se fue yendo tratándose de rebucárselas por otros lados; quedaron algunos pagos y otros no pagos...rompió las cadenas de solidaridad, estaba todo organizado para que mañana empezara el tema de la cooperativa...eso se fue destruyendo..."

Hasta aquí, hemos analizado, los programas existentes pero cabe, también, preguntarnos ¿qué lugar ocupan aquellas demandas de la comunidad no contempladas a través de programas específicos?. La respuesta podría buscarse en el marcado enfoque ofertista que el Estado confiere al conjunto de sus políticas sociales, aún cuando se trate de omisiones a través de la ausencia de determinadas políticas de salud.

Otro criterio, analíticamente relevante, para determinar el nivel de atención de la estrategia de focalización consiste en contemplar el nivel de calidad de los servicios brindados.

En general, se observa un deterioro en la calidad de sus prestaciones. En uno de los programas analizados –Programa PEÑI- es posible observarlo. En primer lugar, las diversas acciones constitutivas del programa –asociadas con cambios culturales/educacionales- se van restringiendo hasta su mínima expresión a través de la simple entrega de una bolsa de suplementación alimentaria⁵⁹. En segunda instancia, el contenido de la dación disminuye en su diversidad, adecuación nutricional y en cantidad⁶⁰. En tercer lugar, el abordaje que desarrollan los AIT circunscribiéndose a su rol específico al momento de la producción del servicio y la insuficiente capacitación específica no contribuyen a optimizar la calidad⁶¹.

⁵⁹ "De una acción que era entregar cajas a todo el mundo derivó en el programa Pefil, el origen fue ese, después fueron achicando, achicando y dijeron salud se queda con un programa de rehabilitación alimentaria, en el 89 empezó. Y vos fijate que un programa de rehabilitación para desnutridos que se limite a entregar una bolsa de comida sin ninguna acción educativa, no tiene ningún sentido porque sigue habiendo igual o mas gente con hambre.

⁶⁰ "esto empezó con nutricionistas que habían hecho todo un menú con calorías y demás y era una bolsa, yo no se de nutrición, pero era una bolsa grande y que tenía un montón de cosas, hoy es una bolsa pequeña y que tiene fideos, arroz, polenta y leche, y porque hoy cambió tanto".

⁶¹ Los programas llegan a los periféricos: los médicos reciben las instrucciones, a los agentes sanitarios se les da la lista para que anoten el número de personas a quienes llevar la bolsa y a la gente se les da la bolsa y a otra cosa mariposa".

CAPITULO VII: UN PRINCIPIO DE ORGANIZACIÓN HEGEMÓNICO:

LA PRIVATIZACIÓN

La estrategia de privatización aplicada en el ámbito provincial no implicó la adopción de una modalidad de producción directa de bienes y servicios por parte del sector privado.

En la provincia de Río Negro esta estrategia asume la modalidad de privatizaciones periféricas. Toman esta forma el cobro a las obras sociales de los servicios de salud brindados por el hospital público a sus afiliados, o los servicios de apoyo a través del sistema de tercerización destinados a agentes públicos desvinculados a ese fin (servicios generales, de comida, de mantenimiento, de limpieza, de transporte, etc.).

VII.1 Privatización de la facturación y cobro a las obras sociales

A partir de la ley 2570/92 los Consejos Locales de Salud (CLS) quedan autorizados al cobro de prestaciones realizadas a afiliados de las diferentes obras sociales (inciso b del artículo 18). Esta recaudación debería destinarse a proveer al mejor funcionamiento y/o equipamiento del área programa, así como a la distribución entre los agentes que se desempeñan en ella, quedando exceptuados los funcionarios políticos de todos los niveles. (art.19).

Esta intención se reafirma a través de la adhesión provincial al decreto N° 578/93 del Poder Ejecutivo Nacional, realizado mediante el decreto provincial N°23 del 8/1/96, que introduce la asistencia financiera destinada a fortalecer la gestión hospitalaria por medio del cuál los sistemas nacionales de seguro están obligados a

pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos (art.1).

Tanto la facturación como la recaudación correspondiente, anteriores al año 1997 no eran significativas:

AÑOS	1995	1996	1997	1998
FACTURACION	102.579	48.077	2.664.349	2.238.553
RECAUDACION	62.390	39.564	1.851.134	1.331.131

Fuente: Gobierno de Río Negro. CPSP.

Durante los años 96 y 97 se tramita ante el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación la inscripción en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (Decreto Nº 578) de los Centros Asistenciales de la provincia⁶², lo que se logra a través de las resoluciones 247/96 y 25/97 de dicho Ministerio. Esto le permite a la provincia ingresar al circuito de facturación y cobranza de obras sociales nacionales a través de la A.N.S.S.A.L⁶³ y la D.G.I y la obtención por este medio de recursos propios para los hospitales. Esta estrategia permite también ingresar al "Programa de Garantía de Calidad" y al Programa de Capacitación.

El gremio Estatal mayoritario (UPCN) se posiciona, anticipándose a una posible privatización, al ofrecer la posibilidad de hacerse cargo a través de terciarizaciones de este cobro: "administrar el dinero que envía el Estado e incrementar los recursos del sector facturando y cobrando a las Obras Sociales la

⁶² Veamos las expresiones provinciales y nacionales: "Los médicos de los nosocomios públicos rechazarán nuevamente hoy la alternativa de un sistema de autogestión, mientras el Presidente Carlos Menem ratificará la propuesta gubernamental con la inscripción de las incorporaciones al Registro Nacional de hospitales Públicos de Autogestión". (Diario Río Negro 14/11/94). "El presidente Carlos Menem aseguró ayer que el hospital público tiene que salir a competir con las organizaciones privadas, bajo la modalidad autogestionaria, como expresión del modelo que está en marcha en el área de salud. "Este tema de la autogestión es algo que hemos instrumentado como caso líder con el hospital de Clínicas de la Capital Federal y los resultados fueron buenos" (Diario Río Negro. 10/2/94)

El Ministro de Salud Nacional, MAZZA defendió el programa de autogestión hospitalaria que impulsa el gobierno nacional y patrocina la banca extranjera porque está logrando "una mayor eficiencia y equidad" en el sistema de salud. Negó también que la reforma esté destinada a reducir el presupuesto del sector y aseguró que el ahorro resultante "debe ser destinado por las provincias para aumentar los salarios, mejorar la atención primaria y comprar equipamiento" (...). Es posible gracias al Banco Mundial que no sólo aporta financiamiento sino que también participa en la elaboración y seguimiento de los programas. (...) La autogestión hospitalaria se impuso ya en 950 de los 1200 hospitales del país "lo cuál significa el 76% de las camas". RN es considerada una provincia modelo en la aplicación del sistema (...) Permite corregir un sistema perverso de solidaridad invertida que existía en la Argentina donde muchas instituciones usaban el hospital y no pagaban nada (...) El desafío será "trabajar sobre el financiamiento de la demanda y no de la oferta" y completar la recertificación profesional y la auditoría y evaluación para garantizar la calidad de las prestaciones que brinda el Estado. Reconoció que los hospitales se enfrentan una demanda creciente pero no lo atribuyó al aumento de la pobreza y el desempleo sino a que "cada vez hay más gente que deja el sistema privado y se vuelca a la salud pública porque hay más y mejores hospitales". (Diario Río Negro 16/9/97)

atención a sus asegurados". "Si no lo hacemos nosotros lo hará una empresa privada y éso seguramente implicará despidos de personal" (Scalessi⁶⁴). La iniciativa prevee que por vía de la tercerización de servicios, los empleados públicos que actualmente trabajan en administración hospitalaria se constituyan en empresa privada y tomen a su cargo, con el asesoramiento gremial, toda la gestión de los recursos estatales, de obras sociales y otros orígenes. El gerenciamiento privado del "Fondo de Obras Sociales -FOS- es una prioridad para el gobierno rionegrino que está preparando los pliegos de la licitación". La provincia de San Luis acaba de contratar con el Exxel Group la facturación y gestión de cobro a las Obras Sociales en los 19 hospitales de su jurisdicción. Esta empresa y al menos otra firma - la ADrop- manifestaron a la provincia de RN su interés en participar de la licitación⁶⁵.

Durante el año 1998 las autoridades del CPSP afirman que un aumento de los salarios en su ámbito está asociado al incremento del FOS y éste aumento ligado a dos elementos: la decisión de aumentar el monto que se destina del FOS a los salarios (del 20% al 50%) y el previsto incremento de los ingresos por la gestión privada.

Los empleados hospitalarios podrían percibir en 1999 un aumento de hasta el 25% en sus salarios. El secretario de SP, Javier Vilosio admitió que podrían originarse aumentos de cien pesos por empleado, lo cual serían "incrementos importantes, ya que el actual sueldo promedio en los hospitales ronda entre 350 a 400 pesos".

Para esa fecha, el FOS (Fondo de Obras Sociales) recaudaba unos 180.000 pesos por mes, pero Salud Pública estimaba que a mediados del año 99 ese monto podría triplicarse o cuatuplicarse. Es decir, se planteaban ingresos de 800 a 900.000 pesos, de los cuales las proyecciones indicaban que habría de 300 a 350.000 pesos para repartir en los sueldos. Esos números estimados permitían estimar montos promedios y mensuales de 80 a 100 pesos por trabajador.

⁶³ Esta adhesión implica utilizar el mecanismo del Fondo de Redistribución de A.N.S.S.A.L., en los casos de acreencias impagas por la Seguridad Social Nacional.

⁶⁴ Secretario General de UPCN, Seccional Río Negro.

Al plantear a la vez esquemas de tercerización por desvinculación se produciría una evidente reducción de personal para 1999 (hoy en unos 4000 agentes). El gobierno provincial proyectaba entonces una mejor incidencia y mayores expectativas salariales en la distribución que permitiría el FOS.

Posteriormente también se afirmó que el personal podría optar por quedarse junto a la empresa que tendría a su cargo la facturación o bien sería reacomodado en otras áreas. "De ninguna manera se va a echar gente, sino que serán redistribuidos en otras áreas administrativas del hospital", se afirmaba.

En diciembre del 98 se firma el contrato de gestión de cobro a las obras sociales en representación de los hospitales de Río Negro con un consorcio argentino-catalán. A través del decreto 1482, se adjudicó a CHC (Consortio Hospitalario de Cataluña) y a Palladium Management Argentina S.A., entre los cinco grupos oferentes. La competidora con mayores expectativas era la local Adrop/Fundación CAIC que perdió porque el Consorcio Cataluña tenía mejores antecedentes y mejor propuesta técnica.

La propuesta catalana establecía un porcentaje del 25% de comisión por lo efectivamente cobrado en la gestión ante las obras sociales. Uno de los argumentos planteados en la preadjudicación fue la experiencia del grupo: el Consorcio de Cataluña facturaba unos 90 millones.

El paquete licitado incluía: equipamiento informático en la totalidad de los hospitales provinciales; capacitación del personal del CPSP; comunicación social; gestión de la facturación y gestión del cobro.

Durante el primer semestre del año 99 se comenzó a implementar el cobro privado a las obras sociales por representación de los hospitales rionegrinos. La implementación sería progresiva y se extendería por seis meses hasta alcanzar una cobrabilidad del 75 al 80%. El director del concesionario afirmaba entonces que se

preveía aumentar las recaudaciones en los hospitales en cinco años en un 350%. La implementación se inició por los nosocomios de Viedma, Cipolletti, Allen, Villa Regina, Bariloche, General Roca, Choele Choel e I. Jacobacci.

La gestión contenía dos aspectos: la facturación y el cobro —que es un proceso sencillo— y el ordenamiento administrativo de los hospitales mejorando el sistema de identificación de los pacientes.

En marzo del mismo año las autoridades del CPSP enfatizan —en declaraciones al diario Río Negro— la posibilidad de incrementar el cobro a las obras sociales que adeudaban unos 2 millones de pesos a los hospitales de la provincia. El incremento en el cobro permitiría obtener un recurso adicional para el “mejoramiento del servicio e inclusive para el futuro salarial de los trabajadores de la salud”.

Se intentaba superar una deuda muy alta de las obras sociales con los hospitales. En promedio estaba entre cuatro y seis veces de lo que los hospitales debían a sus proveedores⁶⁶.

En este mismo mes el Presidente del CPSP declara que la empresa que fue adjudicataria de la facturación y cobro de las obras sociales todavía no empezó a facturar. Los números recién comenzarían a verse en 60 días más, cuando se empezaba a completar la cadena del cobro. “La proyección dice que en tres años deberíamos estar casi triplicando la recaudación actual. Hoy estamos en un promedio de recaudación mensual en algo menor a los 300 mil pesos mensuales en todos los hospitales de Río Negro, triplicarlo significaría llegar casi a los 900 mil pesos”, dijo⁶⁷.

En este semestre algunos hospitales comienzan a reorganizar su estructura de admisión de pacientes para adecuarse a la privatización del sector de cobro a las obras sociales cuyos afiliados se atienden en los hospitales de Río Negro. Es el caso del hospital de Cinco Saltos que mantenía, a esa fecha, una deuda por cobrar de más

⁶⁶ Por ejemplo el hospital de Maquínchao tenía a mediados de ese año una deuda con proveedores de \$12000 y solamente el IPROSS les adeudaba \$20.000.

⁶⁷ Diario Río Negro 24/3/99

de 100 mil pesos y en junio de dicho año empezó a operar la empresa que tuvo a cargo el cobro de la facturación a obras sociales.

El objetivo manifiesto de la privatización era agilizar el cobro a las obras sociales, ya que la reformulación necesaria que hacía falta en el sistema de admisión corría por cuenta de los directores de cada hospital.

Para junio ya en 15 hospitales de Río Negro existía el cobro privado a las obras sociales por la atención de afiliados. La concesionaria reconocía que logró "un leve repunte" en la facturación promedio en los primeros relevamientos. También, admite que el mecanismo de cobro recién se evaluará en el primer semestre. (...) "En la facturación de Julio ya estarán todos los hospitales" (...). Las falencias en la administración pública originan que más del 60% de las facturas sean rechazadas por las obras sociales (...). Villa Regina registró un aumento del 32 % con relación al mismo mes del año pasado"⁶⁸.

El desarrollo posterior de esta privatización, escapa al período de tiempo que nos impusimos como límite para este trabajo. Baste decir que jamás hubo cifras públicas claras que pudieran mostrar un avance significativo en el cobro efectivo a las obras sociales, y que ello revirtiera en un aumento de recursos para el hospital público.

VII.2 Privatizaciones periféricas a través de la tercerización en manos de personal desvinculado

En julio del año 1997 mientras el gobierno diseñaba un proyecto general de Tercerización de servicios el Legislador oficialista Sarandría enviaba a la Legislatura una propuesta similar para el ámbito de la salud. En definitiva es aprobada la Ley del Régimen General de Desvinculación Voluntaria en el marco general de la Reforma del Estado provincial. Este Régimen de Tercerización fue incluido en la Ley del Régimen General de Desvinculación Voluntaria sancionada por la Cámara con fecha 22 de

⁶⁸ Diario Río Negro 17/6/99

Septiembre de 1997 con el voto favorable de la mayoría de los Legisladores presentes de los Bloques Legislativos de la UCR y del Frente para el Cambio.

Los criterios priorizados por Salud Pública a fin encarar las privatizaciones periféricas fueron: centrar la especificidad del organismo en su tarea, obtener una mejor asignación de los recursos, mejorar la eficiencia, y hacerlo, además, ofreciendo una salida laboral a ex agentes del Estado.

Dentro de este proceso de transformación, y particularmente en lo referido a las condiciones para el desarrollo de la "Tercerización" en el ámbito de los servicios de Salud, se establecieron desde el CPSP algunas premisas básicas: la necesidad de aportar a la mayor eficiencia en la prestación del servicio de salud, la necesidad de generar economías que puedan volcarse a fortalecer las condiciones de funcionamiento de las áreas esenciales de su quehacer, el carácter progresivo y voluntario de la incorporación a dicho proceso, la necesidad de asegurar apoyo técnico y de gestión a los emprendimientos a desarrollar, y la garantía del cumplimiento de los objetivos indelegables del estado en materia de salud, preservando la universalidad de la cobertura, las condiciones de accesibilidad, la eficacia y la calidad de las prestaciones.

La propuesta se apoyaba en que existían dentro de la estructura funcional de Salud Pública diversas actividades que a la fecha insumían gran parte del esfuerzo y los recursos administrativos disponibles y que no constituían objeto específico del funcionamiento de la Red de Servicios de Salud, sino que, por el contrario, eran considerados servicios de "apoyo", imprescindibles para el funcionamiento, pero pasibles de ser prestados desde fuera de la estructura propia del Estado Provincial.

En esa fecha, los sectores de Mantenimiento y Producción y Servicios Generales totalizaban 1.021 agentes del CPSP (es decir, el 24% del personal), sin considerar algunos sectores encuadrados dentro del área administrativa que respondían a tales funciones.

La instrumentación de esta política requería de un marco legal apropiado que, en el caso de nuestra provincia se cristalizó fundamentalmente invocando la sanción por la legislatura de la Ley de Reformulación Administrativa del Sub Sector Público de Salud (Ley N°2.570), sancionada en diciembre de 1992.

La Norma legal sancionada ampliaba el ámbito de asociación a cualesquiera de las formas jurídicas de derecho privado con el objeto principal de proveer los bienes y/o servicios complementarios que requiera el Estado Provincial para la atención de los servicios públicos a su cargo. Autorizaba a los distintos organismos a contratar en forma directa la provisión de bienes y/o servicios. Condicionando el plazo de vigencia de las contrataciones a dos años como mínimo y tres como máximo.

Los servicios en condiciones de encuadrarse en la norma descripta según el CPSP son, fundamentalmente, los considerados "de apoyo" a los servicios centrales o asistenciales, tales como: cocina, lavadero, limpieza, ambulancias y otros vehículos, mantenimiento edilicio y de equipamiento hospitalario. Cada uno de ellos debía reunir requisitos especiales⁶⁹.

En el segundo semestre del año 1998 se intentó poner en marcha la tercerización de servicios hospitalarios de transporte, cocina, mantenimiento y lavadero, iniciándose con Choele Choel y Viedma, a través de "empresas" organizadas por los trabajadores, que en adelante prestarán servicios a los hospitales.

⁶⁹ Para los Servicios de cocina: el pago por ración servida, conforme a los precios de mercado al momento de la contratación. Utilización de normas nutricionales y provisión de menús conforme a lo que establezcan profesionales dependientes de este Consejo.

Para los Servicios de lavadero: el pago por kg. de ropa lavada, según valores vigentes en el mercado. Procedimientos de lavado y tratamiento de la ropa conforme a Normas de Higiene Hospitalaria y de Bioseguridad establecidas por el CPSP

Para los Servicios de limpieza: el pago por m2, según precio corriente de mercado. Procedimientos según Normas de Bioseguridad vigentes.

Para los Servicios de ambulancias y otros vehículos: el pago por Km recorrido para ambulancias y por monto fijo para los restantes vehículos. Habilitación de las unidades destinadas al transporte de pacientes por parte del CPSP según normas existentes. Provisión por parte del CPSP del personal asistencial necesario para la derivación de pacientes del subsector público.

Para los Servicios de mantenimiento edilicio y del equipamiento hospitalario: el pago por monto fijo mensual conforme al detalle de prestaciones que se establezcan. Contar con el personal idóneo para cada tipo de servicio acordado.

Los trabajadores hospitalarios se manifiestan en contra del proyecto de tercerización: uno de los puntos objetados tiene relación con la llamada "tercerización" que según declaraban apuntaría "a las áreas de mantenimiento, limpieza y cocina. Estimaron que resultará muy complicado para los trabajadores manejarse a través de sus propias cooperativas o pequeñas empresas y que finalmente esas prestaciones terminarán en manos de empresas privadas"⁷⁰.

Una propuesta planteada por agentes del Valle Medio, respaldada formalmente por el gremio UPCN, intenta iniciar una prueba piloto en el hospital de Choele Choel, mientras un proyecto similar se gestaba entre el personal del hospital de Viedma "Artémides Zatti".

La pretensión inicial en las expectativas gubernamentales incluían a 18 agentes en Choele Choel mientras que el de Viedma contemplaba a 102 empleados. Si bien el marco legal estaba definido, restaba lograr el consenso por parte del personal.

La reforma de la planta del personal estaba centrada, en ese momento, en la tercerización de los servicios generales, que representaba uno de cada cuatro agentes de Salud Pública, en función a que previamente se había reducido el número total en casi un 8 por ciento (300 estatales) a través de retiros y desvinculaciones.

El nosocomio de Choele Choel contaba con 18 agentes en servicios generales. La propuesta, apoyada por UPCN, estaba firmada por 11 empleados y fue remitida a fines de junio de ese año. La misiva pedía "tercerizar y cooperativizar para brindar a la institución un servicio eficiente y sin altibajos" que haga de ese hospital "una entidad organizada y prestigiosa al servicio de la comunidad". En su propuesta, los empleados plantean tercerizar "lavadero, mantenimiento, limpieza, cocina, servicio de transporte". La nota no hace referencia aún al requerimiento económico de la prestación.

En "mantenimiento ofrecían un trabajo permanente y dinámico", incluyendo atender "espacios verdes, pintura del edificio, herrajes, puertas, ventanas, baños tanques de agua, cañerías". Proponían servicios de urgencias para electricidad y calefacción. En limpieza, planteaban cubrir "pasillos, consultorios externos, sala de espera, veredas y patios". En la cocina, ofrecían la "provisión de alimentos para los pacientes internados según prescripción médica y también al personal de guardia activa del hospital". En relación al transporte, impulsaban efectuar "traslado de pacientes y personal de atención primaria"⁷¹.

A fines del año 98 al referirse a Salud, el informe elevado por Río Negro a Interior, a fin de reclamar la remisión de bonos para financiar las desvinculaciones involucradas en las terciarizaciones, recuerda que la tercerización del servicio de cocina del hospital Zatti originó el retiro de un agente por Bocep con 8.556 pesos. Además se informa que se está trabajando en un proyecto de tercerización del hospital de Choele Choel. Contemplando servicios de cocina, lavadero y planchado, mantenimiento, limpieza y horno patológico. Se desvincularían 13 agentes, sumando 320.000 pesos en Bocep. También se incluyen servicios de ambulancias de la II Zona Sanitaria, con cobertura en Choele Choel, Río Colorado y "localidades aledañas". Alcanzaría a 10 agentes, con 220.000 pesos de Bocep.

De ambas propuestas, sólo se efectivizó la tercerización del servicio de cocina en el Hospital de Viedma con un único interesado -de los 4 empleados- en hacerse cargo de esa actividad. Los tres trabajadores restantes pasaron a desempeñar tareas en otros sectores del hospital.

Es de destacar que el titular de esta iniciativa denunció, posteriormente, amenazas y agresiones que él y las autoridades del CPSP adjudicaban a sectores opositores del ámbito gremial y político.

⁷¹ Diario Río Negro 31/7/98

CONCLUSIONES

No es posible escindir el análisis de la política en el campo de la salud provincial –en el marco de un sistema de servicios sociales- de las tendencias más generales del ajuste estructural y del estado llevados a cabo, al mismo tiempo, en los ámbitos tanto nacional como provincial. Es más, debemos considerar en ese marco, el nuevo carácter, agregado a las funciones de la política social en este nuevo período, cual es la de ser mecanismo de legitimación y de compensación a dicho ajuste.

Veamos en ese contexto, y en primer lugar, las reflexiones que sintetizan las modalidades de aplicación de las tres estrategias que caracterizan las políticas estatales en la Provincia de Río Negro en el campo de los servicios de salud.

. Con respecto a la descentralización, en los últimos diez años hemos presenciado su importante avance en América Latina y en nuestro país en particular. En términos de “fases” la descentralización federal de servicios sociales ha sido concluida y se ha avanzado en muchas provincias hacia la descentralización local.

La particularidad que hemos observado e intentado caracterizar refiere a la presencia de dos lógicas que acompañaron y connotaron este proceso de descentralización en la provincia de Río Negro; lógicas que provienen a su vez de dos principios de organización contrapuestos: una pone énfasis en la economía de costos, en la autonomía financiera como forma de eliminar –o disminuir- las disfunciones económicas del gasto social. La otra, intenta transformar las relaciones de poder en este campo y reforzar las formas democráticas del sistema político. Una pareciera centrar sus objetivos en el sistema de salud propiamente dicho, la otra traspasar esa frontera impactando sobre las relaciones políticas del conjunto de la sociedad provincial. Aunque ambas combinan objetivos extra e intra sistema.

Los Consejos Locales de Salud se constituyen en un nuevo espacio donde se expresan ambas concepciones de la descentralización, y donde las prácticas sociales van construyendo la producción de la política de salud.

El ingreso a este nuevo espacio de juego (los CLS) nos permitió conocer aquellos facilitadores y obstáculos presentes entre los actores. Hemos identificado tres actores llamados a ocupar este nuevo espacio, carácter por el cuál deberían constituirse ocupando nuevas posiciones y portando estrategias alternativas. Actúan como portadores del modelo médico hegemónico los actores y factores estructurantes del período anterior y también las pre-concepciones estructurantes que están internalizadas en los nuevos actores.

Al interior de los Agentes Institucionales Políticos (AIP) se identificaron dos grupos en tensión; en general, los que representan a la oferta y aquellos que ejercen la representación de la demanda sobre los CLS. En cuanto a los primeros (los de adentro) se ha observado una tensión entre su discurso –ordenado alrededor de la decisión política de conformación de estos nuevos espacios locales- y su conciencia práctica –estructurada por las pautas del modelo médico hegemónico-. Media entre ambas manifestaciones, el temor de cubrir las nuevas demandas que posibilita el CLS, porque la experiencia indica que su expansión se da en un marco de restricciones presupuestarias, que inhabilita la puesta en práctica de la política. Paradójicamente, el único elemento alternativo valorado por ellos, al interior del nuevo espacio, es aquel que permite que las demandas de la comunidad sean mejor canalizadas. En cuanto a los representantes de la demanda (los de afuera), se observa un cierto grado de subordinación respecto a los primeros, que pareciera tener como base problemas referidos a la disponibilidad de tiempo, a la ausencia de retribución económica y al escaso conocimiento técnico con que cuentan. Asumen un rol alternativo motorizando políticas y proponiendo mejoras, al ser expresión –en parte- de las demandas de la comunidad.

Los Agentes Institucionales Técnicos (AIT), en su carácter de trabajadores con relación de dependencia, se debaten entre quienes aceptan y sostienen las prácticas del Modelo Médico Hegemónico y entre quienes apuestan a impulsar e imponer un modelo alternativo. Esta tensión se ve intensificada por la doble función que se le otorga en los hechos a los centros periféricos: por un lado, se les exige que "descompriman al hospital"; por otro, que desarrollen la estrategia de "atención primaria de la salud". Complementariamente, la orientación asistencial de las prácticas médicas, fuertemente institucionalizada, y la focalización, agravan la desarticulación.

La comunidad a través de su representación indirecta ha diversificado sus demandas. Algunas de ellas provienen de prácticas médico hegemónicas internalizadas históricamente por los destinatarios; mientras que otras proceden de una concepción más integral del significado de la salud como un proceso histórico-social. Existen otras orientadas por una idea de mayor integralidad sobre la problemática, por la cual las cuestiones de salud se asocian al contexto socio-económico, en especial a la insuficiencia de ingresos y de empleo, demandas sobre las cuáles ni el CLS ni las unidades productoras de servicios de salud, pueden dar respuestas.

La vinculación entre demanda y oferta de servicios de salud oscila entre la atención asistencialista de la demanda espontánea y el enfoque marcadamente "ofertista" de los programas establecidos a nivel nacional. No es suficiente con que en el nivel local se prevean ciertas formas de participación si en las etapas más claramente formulatorias del nivel nacional no se habilitan canales de participación. Al mismo tiempo, en el nivel provincial cuando se intenta determinar el perfil socio-epidemiológico de la población destinataria, éste se decide técnicamente sin la participación de los destinatarios. No existe, entonces, la conformación de una oferta organizada con participación comunitaria desde su formulación, a partir de un adecuado perfil de necesidades.

. Con respecto a la focalización, hemos intentado mostrar la especificidad que adoptó en el campo de la salud. Esta estrategia representa en sí misma al interior del *sistema de servicios sociales*, la introducción larvada de un nuevo principio de organización. En efecto, la crisis del principio universalista organizado bajo formas providencialistas, va imponiendo formas de prestación que abren un espacio a la mercantilización como principio propio de la esfera económico-productiva. La focalización se constituye en el correlato de la individualización de la fuerza de trabajo y de la posibilidad estructural de la exclusión de una parte de ella del mercado de trabajo; es decir, de la forma legítima de acceder a recursos (Grassi y otros, 1994).

Como hemos visto la proliferación y cristalización de programas –caso de los programas de suplementación alimentaria- naturalizan el fenómeno de la pobreza. El neoliberalismo develó a la pobreza, aceptando su carácter no coyuntural, pero ignorando su construcción histórica y social. Así, al mismo tiempo que lo devela como existente, lo “naturaliza” –siempre hubo y habrá pobres- .

El desarrollo de la focalización ha aumentado el contenido intrínsecamente asistencialista de las políticas sociales. Este carácter tiende –además- a desplazar determinadas políticas sociales de su función “integradora”, de promoción comunitaria, hacia el mero objetivo del control social y de prácticas de subsistencia. La asistencialización de las políticas –vía focalización- conlleva a que las mismas se ocupen de los efectos y no de las causas de la pobreza. La introducción de la estrategia de focalización, desde otras políticas sociales hacia las políticas de salud, que históricamente contenían una pretensión de universalidad, agudiza sus sesgos asistencialistas⁷². Ya no son los beneficiarios de los programas de salud titulares de un derecho por su condición igualitaria de ciudadanos, sino considerados poblaciones

⁷² El asistencialismo es entendido no como un derecho sino como una acción de buena voluntad, “o en la decisión de orden moral de el que da (el Estado, una institución, un grupo) y el que recibe en la que uno y otro de los actores que entran en relación se personalizan e individualizan” (Grassi, E. y otros, 1994)

incapaces por si mismos de lograr mínimos de reproducción y por tanto sujetos de una acción diferencial muchas veces estigmatizante, muchas veces dramatizadora de su condición de excluidos. Los caídos del sistema; previamente seleccionados, pasan a ser "socialmente vistos y tratados como pobres, se legalizan e institucionalizan las desigualdades sociales" (Tenti Fanfani, 1992)⁷³.

Muchos de los programas del campo de la salud provincial están orientados a que sea la mujer, en su carácter de esposa, de madre o de hija, la que deba responsabilizarse por las estrategias de recuperación frente a situaciones de riesgo – emocional, físico, social- que puede padecer algún integrante de su familia. Se refuerza, de esta manera, la discriminación de género.

Del análisis efectuado respecto de los criterios de selección de la población objetivo y del nivel de calidad del servicio prestado que conlleva la focalización, podemos concluir que la adopción de esta estrategia agregó dificultades en este proceso de construcción. Mas allá de estos requisitos técnicos, opera la visión de que el principal problema de la focalización implica básicamente lucha distributiva y conflicto político "no se puede caer en la ingenuidad de creer que sólo es necesario contar con propuestas técnicas sólidas"(ISUANI,1992).

. La estrategia de privatización fue aplicada, en el campo de la salud a nivel provincial, únicamente en el ámbito de servicios periféricos. Su utilización más que corresponder a un nuevo principio de organización, mediante la transferencia de atribuciones desde la esfera político administrativa hacia la económico-productiva, se transformó en un recurso regulador del Estado dirigido a disminuir su planta de personal. A todas luces, aún en este distorsionado enfoque, esta estrategia fracasó. Quizás la búsqueda del consenso de los actores involucrados (vgr. el personal) en vez de la utilización jerárquica que tuvieron otras estrategias neoliberales, así como la

⁷³ La excepción la constituye la universalización del Programa de Inmunizaciones adoptado a nivel provincial de un programa que nacionalmente se inicia de forma focalizada, contemplando las externalidades sociales positivas

cobertura del proceso en el sentido de dejar en exclusiva la propiedad de las privatizadoras creadas en manos del personal desafectado, no permitiendo la inclusión de empresas privadas ya formadas, influyeron en su fracaso⁷⁴.

Ahora bien, las estrategias caracterizadas han sido parte de lo que muchos analistas denominan la primera etapa del proceso de reformas del estado inaugurado a partir de la crisis de las formas bienestarristas de estado. Pareciera coincidirse en que, pasada la misma y a la luz de sus resultados, una segunda fase sería necesaria. Katz (1995) comenta al respecto y con base en el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud (1993)": "El informe propone un drástico cambio en la conducta del sector público en el campo de la salud, cambio que debiera expresarse a través de garantizar una "canasta" mínima de servicios esenciales al conjunto de la población, inducir la recuperación de costos y los mecanismos de co-pago en los servicios de salud de segundo y tercer nivel y, de manera más general, ver que la demanda —a través de los mecanismos de libre elección— cumpla efectivamente un mayor rol disciplinador de los mercados prestadores..."

Si tomamos en cuenta las tendencias mundiales a partir de las cuales, las preocupaciones por la competitividad sistémica y la gobernabilidad (Draibe, 94) definen la imposición a ultranza de la primer etapa de las reformas neoliberales. Lo que entendimos, con Draibe, como primera etapa, podemos re-definirlo hoy como el tiempo de la ortodoxia neoliberal en el campo de la política de salud. Las tendencias actuales en las formas de producción del bienestar, y en particular en el campo de las políticas de salud, combina en forma heterodoxa estrategias anteriores con la incorporación de nuevos principios de organización descuidados en las etapa previa.

Señalemos al respecto que hoy, la descentralización no aparece como prioritaria, quizás porque en gran medida cumplió con los objetivos de ajuste para los

que son propias de una política de alcance universal.

⁷⁴ En estos procesos privatizadores, como ya hemos analizado, las oposiciones más fuertes provienen de los sindicatos y de los usuarios del sistema.

que fue centralmente aplicada a nivel nacional y en parte en el caso de la Provincia de Río Negro. A nuestro criterio, la mayor fertilidad -conceptual y empírica- de la descentralización como estrategia de reforma del estado, deviene de su potencial participativo. El caso que analizamos muestra las limitaciones que desde esta perspectiva presenta la política aplicada, pero también las oportunidades que se abren en dirección a un fortalecimiento de los procesos e instituciones democráticas. Potenciar el peso de actores actualmente subrepresentados en los arreglos institucionales y organizacionales analizados y promover mayores niveles de auto-organización política y social, en suma "construir ciudadanía" (Cunill, 1999), constituyen los desafíos en materia de descentralización.

Es probable que la descentralización tome la forma de un tipo específico de descentralización funcional, la que implica una separación entre las funciones de financiación, compra y provisión de servicios. (A la manera, por ejemplo, del caso chileno).

La focalización debe por su parte ser resignificada. En dos sentidos, como selectividad frente a poblaciones cuya situación torne conveniente aplicar criterios de discriminación positiva; y como instrumento de un sistema de servicios de salud, esto es como parte articulada a servicios de corte universal que garanticen a estos sectores la titularidad del derecho a la salud.

La transformación de los servicios universales vía la creación de mecanismos de seguro -proceso ya iniciado en la provincia-, pretende a la vez que introducir criterios que permitan la medición de la eficiencia económica de los servicios⁷⁶, mantener cierto grado de "universalización de coberturas" a través del armado de

⁷⁶ Mediante la identificación de los aportes y la medición del costo de los servicios.

paquetes de servicios básicos, por lo menos en las áreas de educación básica y de servicios primarios de salud ⁷⁸.

En las direcciones apuntadas es que Lo Vuolo (1993) propone un "universalismo selectivo" o selectividad positiva que implica el acceso universal a bienes y servicios considerados fundamentales y la selectividad en la identificación de necesidades diferentes según sea la situación de cada persona o grupo poblacional.

La privatización que fue marginal en la primera fase –periférica, terciarización, etc.- pareciera tomar en la actualidad un nuevo carácter: la conformación de "cuasi mercados". Van De Ven (1998) caracteriza esta nueva tendencia como la búsqueda por consolidar el modelo de contrato público, la elección del proveedor por parte del consumidor, la competencia entre proveedores, y entre terceras partes proveedoras. Se intenta plasmar así una especie de "desregulación intraburocrática".

El modelo de contrato público se utiliza para combinar un financiamiento público de la atención médica con un sistema de contratos entre proveedores y compradores de atención en carácter de segundas partes. Esta tendencia refleja un movimiento desde un sistema verticalmente integrado, donde el proveedor (el Estado) aprovecha su situación monopólica logrando la "captura del consumidor", hacia la separación de la función de compra y la función de provisión.

⁷⁸ VAN DE VEN, Wynard "Reformas de la atención médica orientadas al mercado: tendencias y opciones futuras". Revista Cuadernos Médico Sociales N°74. Rosario. Noviembre de 1998. "Se trata de una tendencia a la organización de un seguro de salud obligatorio universal o tendiente a la universalidad...(...) financiado en diferentes formas: por impuestos generales, por impuestos al ingreso, por impuestos nacionales o locales, primas de seguro social u otras contribuciones (relacionadas con el ingreso)".

Una segunda tendencia es el incremento de la libertad de los consumidores para elegir proveedor. La tendencia no es hacia el mercado libre, sino hacia una competencia regulada. Se espera que la contratación selectiva por terceras partes compradoras produzca competencia entre proveedores.

En resumen, las actuales tendencias parecieran tomar distancia de las formas ortodoxas del pasado reciente. Tienden así a combinar estrategias diferentes, que provienen de esferas sociales y principios de organización diferenciados. El ejemplo paradigmático en la Provincia lo constituye el proyecto de Seguro de Salud, que debe ser motivo de un análisis particularizado. El desafío frente a este proceso de pluralización de las estrategias de prestación, tiene que ver con la posibilidad de establecer espacios y mecanismos de articulación entre principios contrapuestos, que aseguren la calidad y equidad en los servicios, no sólo a través de adecuados cambios administrativos, sino también mediante una sostenida promoción de la ciudadanía al interior de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA:

BAIGORRIA, L., BARRIONUEVO, L. y DE LUCA, B. "Descentralización en el área de Salud: un estudio de caso". Revista Administración Pública y Sociedad N°3. IIFAP. Córdoba. Julio de 1989

BANCO MUNDIAL, "América Latina y el Caribe: Diez años después de la crisis de la deuda", Washington, D.C., Septiembre 1993.

BELMARTINO, S. "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo". En Revista Desarrollo Económico N° 137. Bs.As. 1995

BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos "Desregulación/Privatización: la relación entre financiación y provisión de servicios médicos en la reforma de la seguridad social médica en Argentina". En Revista Cuadernos Médico Sociales N° 73. Rosario. Mayo de 1998.

BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos "Desregulación/Privatización: la relación entre financiación y provisión de servicios médicos en la reforma de la seguridad social médica en Argentina". Revista Cuadernos Médico Sociales N° 73. Rosario. Mayo de 1998.

BRESSER PEREIRA, L. "La Crisis de América Latina. ¿Consenso de Washington o Crisis Fiscal?. En: Revista Pensamiento Iberoamericano. N° 19. Enero/Julio 1991

BURIJOVICH, Jacinta "Como medir la pobreza. Focalización del gasto social y una propuesta de inclusión de variables psicosociales". En Revista Administración Pública y Sociedad N°5. Córdoba. 1992

BUSTELO, Eduardo e ISUANI, Ernesto "Estado, política social y crisis de

legitimidad" Mimeo. Bs.As. 1992

DRAIBE, Sonia "Neoliberalismo y políticas sociales: Reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas". Revista Desarrollo Económico N° 134. IDES. Bs.As. 1994

EASTON, David "Esquema para el análisis político". Bs.As. Amorrortu. 1969

EVANS, Peter "El Estado como problema y como solución". Desarrollo Económico N°140. IDES. Bs.As. 1996.

FRANCO, Rolando "Los paradigmas de la política social en América Latina". Revista de la CEPAL N°58. Abril 1996.

GAGLIANO, E. y NAVARRO, M. ¿Por que descentralizar en salud?. Revista "Administración Pública y Sociedad N°2. IIFAP. Córdoba. Julio de 1988

GRASSI, E., HINTZE, S. y NEUFELD, M.R. "Políticas Sociales. Crisis y Ajuste Estructural". Espacio . Buenos Aires. 1994.

GUTIERREZ, Alicia. "Pierre BOURDIEU. Las prácticas sociales". UNM-UNC. Edición Universitaria. Posadas. 1997.

HINTZE, S. (Organ.). "Políticas Sociales: Contribución al debate teórico metodológico". CEA-UBA. Buenos Aires. 1996.

ISUANI, A. y MERCER, H. "La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?". CEDAL. Bs. As. 1988.

ISUANI, E. "Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina". CEDAL. Bs.As.- 1985.

ISUANI, Ernesto "Política social y dinámica política en América Latina. ¿Nuevas respuestas para viejos problemas?. En Desarrollo Económico N°125. IDES. Bs.As. Abril/Junio de 1992.

KATZ, Jorge "Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio". En Revista Desarrollo Económico N°138. 1995

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.

LA SERNA, Carlos "Centralización y democracia: Algunas pautas para la Reforma Estatal". Revista "Administración Pública y Sociedad" N° 2. IIFAP. Córdoba. Julio 1988.

LA SERNA, Carlos "La producción democrática del bienestar. Notas teórico-metodológicas para su análisis". École de travail social. Université du Québec á Montreal. Septembre 2000

LA SERNA, Carlos "Las transformaciones actuales del estado y los sistemas de gestión regional de políticas sociales". Mimeo s/f

LO VUOLO, Ruben, "El Estado de Bienestar en la Argentina contemporánea: una visión global". Documento de Trabajo N° 9. CIEPP. Bs.As. 1993

LOVUOLO, R. y RODRIGUEZ ENRIQUEZ, C. "El concepto de pobreza y las políticas públicas". En Revista Cuadernos Médicos Sociales N°74. Noviembre de 1998.

MENENDEZ, Eduardo L. "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado". En revista Cuadernos Médico Sociales N° 73. Rosario. Mayo de 1998.

MINUJIN, A. Y COSENTINO, E. "Crisis y futuro del Estado de Bienestar. Aportes a un Debate." En MINUJIN A. (De.) "Desigualdad y Exclusión". UNICEF/LOSADA. Bs. As. 1993

MUSCHELL, Jeffrey "La privatización, medida de equilibrio". En Revista Foro Mundial de la Salud Vol 17. N°1. OMS. Ginebra. 1996.

O'CONNOR, J. "La crisis fiscal del Estado". Península. Barcelona 1994 (2° Ed.).

OFFE, Claus. Un Diseño No Productivista Para las Políticas Sociales. En Contra la Exclusión. CIEPP-MIÑO Y DAVILA EDITORES. Bs As Noviembre de 1.995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la SALUD. "Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos, experiencias". Washington. 1990. Publicación Científica N°519.

SOJO, Ana "Posibilidades y límites de la reforma en la gestión de la salud en Chile" En Revista de la CEPAL N°59. Agosto de 1996.

SUNKEL, Osvaldo, "El marco histórico de la Reforma Económica Contemporánea". En "Pensamiento Iberoamericano" N° 22/23. Tomo Y. Julio 1992/Junio 1993.

TOBAR, F., ROSENFELD, N. y REALE, A. "Modelos de pago en servicios de salud". En Revista Cuadernos Médico Sociales N°74. Rosario. Noviembre de 1998.

VAN DE VEN, Wynard "Reformas de la atención médica orientadas al mercado: tendencias y opciones futuras". En Revista Cuadernos Médico Sociales N°74. Rosario. Noviembre de 1998.

VILAS, Carlos "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo". En Revista Desarrollo Económico N°144 Bs.As. 1997