

Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina*

(Ideología, discurso y realidades)

Political projects and health actions in Latin America

(Ideology, discourse and realities)

Asa Cristina Laurell**

IMPACTO SOCIAL DE LOS PROYECTOS NEOLIBERALES

En prácticamente todo el continente americano la crisis ha servido para imponer bajo una u otra forma proyectos neoliberales. Conviene recordar que estos proyectos van más allá de una serie de medidas económicas y significan una radical redefinición de las relaciones entre las naciones, pero ante todo, entre el Capital y el Trabajo que se sintetiza en los conceptos de globalización, liberalización y desregulación. Abarcan así, el conjunto de los procesos económicos, políticos y sociales y se expresan en una ideología definida. Los valores de fondo de esta ideología son el mercado, la competencia y la desigualdad.¹ Contra todas las demostraciones de la inexistencia hoy del libre mercado,² sostiene que este es el motor del progreso, ya que promueve la competencia entre los individuos movilizándolo al máximo sus capacidades e inventiva. Pero para que ello ocurra es preciso garantizar la desigualdad porque con igualdad no hay competencia.

En el terreno de la política social la centralidad del valor de la desigualdad significa una decisión básica, porque implica el rechazo al concepto de los derechos sociales, máxime cuando su contraparte explícita es la obligación del Estado de garantizarlos para todos los ciudadanos. En la visión neoliberal, la universalidad de los derechos y la igualdad en su goce resultan inaceptables porque violan los principios del mercado y la competencia. Plantea entonces que el bienestar social pertenece al

ámbito de lo privado -a la familia o a la iniciativa privada- y solo debe ser tarea pública cuando los privados fallan. Por ello, sostiene que el Estado debe proporcionar una asistencia social mínima únicamente a aquellos que "fracasaron" en satisfacer sus necesidades básicas,³ eso es, a los más pobres. De esta manera, en oposición a una política social basada en la noción de los derechos sociales universales, el neoliberalismo propone otra, selectiva y asistencialista; en vez de propugnar la universalización de la seguridad social y la ampliación de sus beneficios, formula una política restrictiva y discrecional de caridad pública. Que se presente a esta política como de "combate a la pobreza" o, incluso, "solidaria" no cambia en nada su esencia.

Sin embargo, la aparición sistemática en todos nuestros países de programas contra la pobreza es, a la vez, una confesión de parte de los políticos neoliberales de que el patrón de acumulación promovido por ellos conlleva un crecimiento altamente excluyente que desemboca en la extensión de la pobreza. Este patrón significa en todas partes una radical redistribución de la riqueza social que genera un gran polo de pobreza y otro concentrado de extrema riqueza, o en palabras de Davis, refiriéndose a los Estados Unidos, un patrón de sobreconsumo-subconsumo.⁴

El caso de México es ilustrativo de este proceso. Así, entre 1982 y 1989, la parte del ingreso nacional disponible correspondiente al trabajo bajó del 41,7 al 27,7 por ciento, mientras que la parte apropiada por el capital subió del 48 al 65 por ciento.⁵ El mecanismo central que ha permitido esta espectacular redistribución de la riqueza social es una depresión salarial del orden del 50 por ciento.⁶ A la depresión salarial se añade el incremento vertiginoso del sub- y desempleo y juntos explican el proceso de empobrecimiento generalizado de las clases trabajadoras.⁷ Nos sorprende, entonces, que la tendencia de las décadas anteriores a la disminución sostenida de la población pobre se revirtió en los ochenta con el crecimiento de la población de extrema pobreza en el 11 por ciento y la pobre en el 13 por ciento entre 1981 y 1987.⁸ Ante esta situación no hay políticas específicas de recuperación salarial y del empleo, sino que se dejan al libre juego de las fuerzas del mercado⁹ a pesar de que esto significa posponer la solución de los problemas para el largo plazo;^{10,11} cuestión que es cuidadosamente ocultada en los documentos oficiales de política económica y social. Y, si fuera poco, el otro mecanismo para mejorar las condiciones sociales de la población, o sea, una política social activa y redistributiva ha sido abandonada so pretexto de la crisis fiscal del Estado. Lo que no se explicita es que esta crisis no fue provocada por el gasto social, ya que en su punto más alto representaba apenas el 7.4 por ciento del PIB,¹² sino por problemas estructurales de la economía que se expresan en una crisis de endeudamiento público.

Los ejes programáticos de la política social neoliberal¹³ son el recorte del gasto social y su focalización, la descentralización y la privatización. Las tres primeras son políticas explícitas en prácticamente todos los países, mientras que la privatización puede ser una política declarada u oculta. Sin embargo, en ambos casos obedece a la doctrina neoliberal y es facilitado y acelerado por el recorte del gasto público social y su focalización. Las modalidades¹⁴ concretas de los procesos de privatización son variables pero en el fondo todas obedecen a los planteamientos económicos del neoliberalismo de ampliar los ámbitos de acumulación incluyendo en ellos a los seguros y la producción de servicios sociales. El caso más ortodoxo es Chile, pero no parece haber ningún país latinoamericano que se escape a esta lógica.¹⁵

El resultado de la política en el ámbito particular de la salud ha sido el incremento de la desigualdad en el acceso a los servicios; el deterioro acelerado de los servicios del sector público y paraestatal y un conflicto laboral grave en ellos provocado por la descalificación del trabajo, las malas condiciones de trabajo y el deterioro salarial.¹⁶ Esto ha significado que estas instituciones, otrora legitimadoras del

Estado, hoy se han convertido en el escenario de innumerables movimientos de los trabajadores de la salud y de múltiples expresiones de descontento de los usuarios.¹⁷

NUEVAS REALIDADES POLÍTICO IDEOLÓGICAS

La combinación entre un acelerado proceso de empobrecimiento y crecientes dificultades de acceder a los servicios básicos ha generado una situación general de alta conflictividad social que, en no pocos países latinoamericanos, ha desembocado en una aguda o crónica crisis política. Las fuerzas neoliberales tratan de enfrentarla cediendo al reclamo de la ampliación de la democracia representativa, pero introduciendo un renovado clientelismo político con fuertes rasgos neocorporativos.

Así mientras que en los países desarrollados ha sido posible imponer las políticas neoliberales y ganar las elecciones, en nuestros países la creciente oposición a estas expectativas ha requerido de una mediación política que combina de distintas maneras elementos como el fraude electoral, engaño a los electores y represión. Es decir, aun cuando la política neoliberal ha empobrecido y lanzado al desempleo a grandes grupos en los países centrales, estos grupos no son mayoritarios y tienden también a ser marginales políticamente.¹⁸ En nuestros países, por el contrario el empobrecimiento involucra a la mayoría de la población que además ha empezado a expresarse políticamente. Para mencionar solo dos ejemplos tenemos los treinta y un millones de votos por "Lula" en Brasil y el 47 por ciento del voto por Cárdenas en México.

Es en este contexto que los programas contra la pobreza adquieren un pleno significado, ya que se convierten en instrumentos potentes de clientelismo político, aun cuando los gobiernos los manejan discrecionalmente. Eso es, dado el carácter excluyente del crecimiento y su poco arrastre sobre las condiciones sociales se intenta mediar el descontento con programas de asistencia, pero vinculando sus beneficios a la lealtad política. Por otra parte, habría que tomar nota de que este tipo de programas son recomendados por el Banco Mundial que además, provee préstamos para financiarlos.¹⁹

Sin embargo, sería un error no reconocer que el discurso neoliberal ha tenido bastante éxito y que algunas de sus propuestas han sido retomadas, incluso, por fuerzas progresistas. Una primera razón que lo explica es que su propuesta económica ha logrado credibilidad como "la única solución factible", particularmente porque las soluciones alternativas de las fuerzas progresistas y de izquierda carecen de una coherencia convincente a la sociedad, por defectos propios pero también por las dificultades de darlas a conocer ampliamente. La segunda razón que explica el relativo éxito del discurso neoliberal es que se monta en el antiestatismo que es un sentimiento bastante generalizado en las sociedades. Apela, así, al repudio al autoritarismo, el excesivo centralismo, el burocratismo, la ineficiencia y la corrupción; problemas reales y vividos por todos. Sin embargo, al ofrecer la solución introduce su sesgo ideológico sosteniendo que lo que es fracaso en manos del Estado es éxito manejado por los privados. Oculta con ello que la forma estatal actual surge en gran medida de la incapacidad de los privados de resolver problemas de la producción y, ante todo, desarrollar procesos que garanticen el bienestar colectivo.

El carácter de petición de principio de la propuesta neoliberal se revela con claridad al analizar el capitalismo realmente existente que se rige por el autoritarismo y centralismo de los grandes monopolios y que regularmente cae en la corrupción.

La cuestión de la eficiencia, por otra parte, tiene que ser revisada, no solo en función de la rentabilidad de la empresa, sino a la luz de los objetivos sociales en su conjunto. Al respecto se puede afirmar, que el capitalismo en sus variantes liberalizadoras y desreguladoras se ha mostrado bastante ineficiente para resolver la cuestión del bienestar social y, aún más, para garantizar la justicia e igualdad sociales. La disyuntiva planteada por el neoliberalismo entre lo estatal y lo privado conduce el debate por un camino falso que le permite evadir y poner a discusión las soluciones que están ligadas a la transformación y construcción de nuevas formas de lo estatal y lo público que superen y resuelvan los problemas del actuar estatal que conocemos. Es decir, se oculta que la contraposición es entre lo privado y lo público y no entre lo privado y una forma específica histórica de lo estatal.

La ofensiva ideológica del neoliberalismo ha provocado un desplazamiento de las coordenadas de la discusión y la lucha política. Así, la Nueva Derecha ha logrado agrupar en su alrededor a considerables contingentes sociales y volver a legitimar a valores, hace poco solo de la extrema derecha, como el individualismo y el "sano" egoísmo, desplazando los valores del bien común y la solidaridad colectiva. La debacle de los países socialistas ha nutrido este nuevo clima ideológico y plantea a los socialistas, por lo menos, dos problemas centrales, a saber: el de la construcción de la democracia representativa y directa como práctica cotidiana y el de la economía planificada.

El empuje del proyecto económico, político e ideológico neoliberal, a mi parecer, ha reubicado la línea de confrontación entre las grandes fuerzas políticas. Quedan del lado del proyecto del gran capital los que sostienen los valores del individualismo, el mercado y la desigualdad y que miran con sospecha toda la acción organizada de masas, considerándola atentatoria contra sus valores básicos. Del otro lado, están las fuerzas que intentan construir un proyecto democrático-popular sobre los valores de justicia e igualdad priorizando el bien colectivo sobre el individual. Esto significa la expansión de los derechos sociales y de la democracia representativa pero, sobre todo, de la democracia directa, entendida como el creciente control de las clases trabajadoras sobre sus condiciones de vida y trabajo. Al respecto es preciso apuntar que, a pesar de que la democracia ha sido una de las banderas de la Nueva Derecha, la entiende en el sentido limitado, ya que la democracia social y económica, en su visión, infringen la desigualdad y el mercado. Por la misma razón repela ante la democracia ejercida por las organizaciones de clase.

Parece importante reconocer que las nuevas condiciones ideológico-políticas han provocado ese reagrupamiento objetivo, porque es un elemento crucial para poder vislumbrar el proceso político en términos de la construcción de una correlación de fuerza favorable al bloque popular sobre la base de forjar nuevas alianzas sociales. Esto asume particular relevancia si se admite que estamos en la situación de participar en la articulación de la resistencia popular más primaria que, sin embargo, rápidamente puede devenir en otra que implica asumir responsabilidades de gobierno, nacional o regionalmente, tal como lo demuestran las experiencias recientes de Brasil, Bolivia, Chile, Uruguay, México, etc. El problema a enfrentar, entonces, es en extremo complejo y requiere esclarecer cuáles son los distintos proyectos políticos, en qué coinciden y en qué divergen, tanto respecto al proceso global como en el terreno particular de la salud. La necesidad de identificar coincidencias y discrepancias nos obliga a todos a confrontar nuestros planteamientos e ideas y precisar argumentos tomando en cuenta, en todo momento, las realidades nacionales específicas. Solo así es posible enfrentar el reto más grande de la izquierda desde los treinta con la emergencia del fascismo.

Para iniciar el debate que se desarrollará durante este Congreso, quisiera plantear algunas ideas respecto a los problemas de la construcción de la resistencia popular y a los ejes generales de una política popular de salud que surgen de las

experiencias de los últimos años. Al hacerlo me interesa también poner a discusión algunas contradicciones que estas experiencias se han encargado poner de manifiesto.

PARA EL DEBATE DE LAS OPCIONES EN SALUD

Las alternativas en salud necesariamente tienen que ser analizadas en el marco de un proyecto político global sin que, por ello, se obvие plantear los problemas específicos del ámbito sanitario. Así, en términos generales lo que está planteando hoy es cómo construir un proyecto político que genere una nueva correlación de fuerzas, favorables al campo democrático-popular.

Alcanzar esta nueva correlación de fuerzas, a mi parecer, significa construir un sujeto social capaz de plantearse y resolver problemas complejos para que pueda disputar la conducción de la sociedad. Para lograrlo es tarea central forjar determinadas alianzas sociales con base en un proyecto que expresa y sintetiza sus intereses y generar un proceso que prefigura y nos acerca al cumplimiento de los objetivos del proyecto democrático-popular.

En el debate sobre las posibles salidas a la crisis se ha insistido, con razón, en la necesidad de que las propuestas sean factibles. Sin embargo, habría que insistir en que esta factibilidad tiene que ser pensada tanto en términos económicos como políticos. Este punto de partida debe ser contemplado en el proyecto alternativo justamente para que su construcción se convierta en un elemento que propicie un cambio de correlación de fuerza favorable al bloque democrático-popular; cuestión que es a la vez uno de los objetivos y condición de su éxito. Esto resulta particularmente importante en la situación latinoamericana, ya que so pretexto de la "pérdida de confianza" la gran burguesía ha saboteado -con fuga de capital y huelga de inversión- proyectos económicos que en sí mismos no necesariamente eran invariables.

Fijado este punto de partida, interesa plantear las opciones en el campo sanitario. Vistas desde las fuerzas democrático-populares significa proponer una orientación global de la política sanitaria que recupere los derechos sociales y, en este marco delinear los principios estratégicos comunes que, sin embargo, tiene un peso variable en los distintos proyectos y que se pueden concretar de diversas maneras. Todos coinciden en plantear una política sanitaria que se basa en una concepción social de la producción de la salud colectiva; que desempeñe un papel redistributivo de la riqueza social hacia las clases trabajadoras; que priorice el fortalecimiento y expansión de las instituciones públicas para alcanzar la equidad y la universalidad del derecho a la salud que garantice un modelo de atención a la salud, adecuado a la situación sanitaria y que sea técnicamente competente; que incremente el control democrático sobre la fijación de políticas y en la gestión de las instituciones.

ELEMENTOS DE POLÍTICA GENERAL

Control sobre las condiciones de vida y trabajo

Al reconocer la necesidad de basar la política sanitaria en una concepción social de la producción de la salud colectiva se tienen que contemplar acciones de política general y no solo las referidas al sector de la salud. Esto es, si los problemas de salud son una expresión específica de las condiciones de trabajo y vida de los

distintos grupos sociales, su solución no puede separarse de la transformación y el creciente control democrático sobre estas condiciones.

En base a su determinación social se puede agrupar la principal problemática de salud en dos grandes conjuntos: uno determinado por las características del consumo y otro relacionado con las características de los procesos de trabajo. De esta manera, cualquier proyecto en salud que pretenda resolver de raíz los problemas del primer conjunto requiere contemplar cuestiones como las políticas de salario y empleo; de vivienda y saneamiento básico; de nutrición y agraria, y de desarrollo urbano y ecología. Por otra parte, para atacar los problemas del segundo conjunto es obligatorio contemplarlos en la política laboral e industrial.

Casi todos los programas de salud reconocen esta situación y pretenden resolverla con el planteamiento de la coordinación intersectorial. Sin embargo, en la práctica no se analiza sistemáticamente cuál pudiera ser el impacto de las distintas políticas en la salud colectiva, sea porque está considerada, de hecho, como una prioridad secundaria o porque se tiene una idea mecánica de la relación entre el crecimiento económico y salud.²¹ Por ello, es necesario resaltar el problema introduciendo una especie de "contabilidad sanitaria", de modo que toda planeación económica y social contemple el problema de salud de forma sistemática. Es factible hacerlo, ya que el conocimiento básico requerido existe e, incluso, ha servido de base para la legislación concreta.²² La "regla de oro" sería que no se justifica ninguna racionalidad productiva que tenga altos costos humanos de desgaste, enfermedad y muerte, ni que se constituya en una amenaza a la salud de grandes grupos de población.

Incremento de recursos y redistribución de la riqueza social

Un segundo problema que se tiene que contemplar en el contexto de las políticas generales es el referido al financiamiento del sector estatal de salud. El principal argumento esgrimido para imprimir el sello neoliberal a la política social es que la escasez de recursos ha obligado a realizar los recortes del gasto social, focalizado en los grupos más pobres y responsabilizar crecientemente a la sociedad (léase cada quien) de la satisfacción de las necesidades de salud. Con ello los servicios públicos se han convertido en un instrumento marginal de la redistribución global de la riqueza social, ya que casi no impactan la distribución, extremadamente asimétrica, del ingreso disponible entre ganancias y remuneraciones. Sin embargo, habría que subrayar que la actual política de mantener el gasto social muy por debajo de las normas internacionales no es una necesidad ineludible sino una opción consciente.

Una propuesta respecto al financiamiento de la política sanitaria alternativa tendría que adelantar medidas que incrementan el gasto público sustancialmente y que tengan un efecto redistributivo de la riqueza social hacia los trabajadores. Una política global alternativa,²³ basada en el decremento del pago del servicio de la deuda y la recuperación salarial, permitiría un aumento rápido en el gasto en salud. Ocurre así porque redundaría en un incremento en el gasto público programable, una parte del cual podría ser redirigido al gasto sanitario. En términos de la distribución del ingreso tendría el efecto de bajar las ganancias especulativas de los rentistas y re canalizarlas para el salario indirecto de los trabajadores. Por otra parte, una política de recuperación salarial incrementaría automáticamente los ingresos de los institutos de seguridad social, ya que son directamente proporcionales al salario de los asegurados.

Sin embargo, para poder destinar suficientes recursos para la universalización de servicios públicos de buena calidad y convertirlos en un mecanismo real de distribución de la riqueza social habría que revisar a fondo la política de recaudación. El mecanismo más importante para incrementar los ingresos finales podría ser un incremento sustancial en las contribuciones patronales para la seguridad social, que ha sido uno de los pilares de la expansión y universalización de los beneficios sociales en los países desarrollados en el período de posguerra.²⁴ Además, habría que analizar cuál es la base más apropiada para fijar la contribución patronal, ya que puede ser no solo el monto de los salarios sino también de las ganancias y de las ventas. El incremento en las contribuciones patronales tiene, además, el atractivo de que significa la transferencia de una parte de las ganancias a los salarios en la suposición de que no sea cargado al precio final del producto.

En el marco de un aumento sustancial y creciente del gasto social sería posible instrumentar esquemas de financiamiento que implican ritmos del crecimiento más rápidos en áreas de mayor rezago, sin sacrificar el crecimiento del gasto destinado al conjunto de los servicios públicos. Es decir, una alternativa con estas características prioriza una expansión general de los servicios públicos y, en este marco, busca resolver en el corto plazo los principales rezagos, lo que es un planteamiento contrario a la política neoliberal que restringe los recursos públicos y, luego, focaliza el menguado gasto en los grupos más pobres.

HACIA EL SERVICIO ÚNICO DE SALUD UNIVERSAL E IGUALITARIO

La política de salud en lo referente al propio sector descansa en todos los proyectos populares sobre el principio básico de la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud, o sea plantea su cumplimiento como función pública. Esto significa que el punto de llegada es un Servicio Único de Salud, universal e igualitario. Sin embargo, en las condiciones actuales prácticamente en todos los países no se puede instrumentar de inmediato, ya que un cambio repentino en este sentido corre el riesgo de desembocar en situaciones caóticas en los servicios. Sin embargo, no hay impedimento para contraer el compromiso explícito de lograrlo en un determinado lapso y tomar medidas específicas encaminadas a allanar el camino para llegar a ello.

Así, para arribar a un Servicio Único de Salud gratuito, con cobertura y acceso universal, habría que emprender un proceso de integración de los distintos subsistemas públicos o paraestatales e ir uniformando la legislación, la normatividad, orientación y contenido de los servicios, y las formas de financiamiento de las instituciones. El obstáculo inmediato a vencer es evitar que la integración de las instituciones resulte en un deterioro todavía mayor de los servicios por una repentina sobrecarga de demanda y falta de preparación administrativa y técnica para resolver la problemática sanitaria, ya que esto ha sido un elemento importante de deslegitimación de los procesos de reforma sanitaria en varios países.²⁵

Es decir, pensando en términos de construcción de la fuerza política necesaria para hacer realidad la propuesta de servicios de salud universales e igualitarios, es importante no solo considerar su potencialidad de unificar un gran bloque social a favor sino también instrumentarla, de tal modo que no aparezca como desventaja para los actuales derechohabientes de los institutos de seguridad social y un avance dudoso para los no asegurados por la poca capacidad de los servicios de resolver sus problemas.

Por otra parte, es preciso considerar la orientación general de los servicios de salud. Así, incrementar el impacto de la acción institucional en la salud colectiva significa enfatizar la prevención y promoción de la salud y el primer nivel con la atención máxima e integral a problemas claves estableciendo programas a nivel municipal y comunitario con la participación de organismos democráticos y sindicatos en su planeación y gestión. Sin embargo, el pleno cumplimiento del derecho a la protección de la salud no admite restringir el acceso al primer nivel de atención, sino que se requiere del crecimiento armónico de los tres niveles de atención y construcción de un sistema de referencias y contrarreferencias.

El mejoramiento de la calidad del servicio debe abarcar por lo menos dos expectativas: una es que habría que lograr un nivel aceptable de capacidad para resolver la problemática específica que se presenta en cada uno de los centros de atención. Esto requiere de una definición precisa de los programas, de la infraestructura necesaria y de la preparación adecuada del personal para llevar adelante el trabajo. La otra es que debe haber un concepto claro de derechos del usuario, ya que actualmente tiende a prevalecer la indefensión de los pacientes en el ámbito institucional.

Detener el proceso de privatización

El fortalecimiento del sector público requiere de una política expresa respecto al sector privado de salud. Incluso, impedir el avance del sector privado se convierte en una tarea de alta prioridad y de resistencia popular básica en el momento actual por la fuerza de los procesos privatizadores. Esta posición tiene una sólida base objetiva fundamentada en una serie de experiencias internacionales, que muestran que el desarrollo de un sector privado significa graves desventajas para los usuarios y la nación como conjunto al debilitar el sector público.²⁶

El primer problema es que la existencia del sector privado se erige como obstáculo al acceso universal a un servicio de salud igualitario. Así, en cuanto la medicina privada opera con criterios de rentabilidad no está en su lógica proporcionar servicios a toda la población, sino solo a aquellos que los pueden pagar, sea directamente o por medio de un sistema de seguros médicos. La limitación que ello significa en nuestros países es obvia por la magnitud y extensión de la pobreza. La única forma de hacer extensivos los servicios médicos producidos por el sector privado, es entonces, que son pagados por el Estado mediante un seguro médico universal. Este sistema ha mostrado tener todas las desventajas y ninguna ventaja, ya que es de elevados costos; mal distribuido territorialmente; terreno propicio del fraude y la corrupción; de calidad desigual de dudoso profesionalismo; un mecanismo de explotación del trabajo profesional, etc.²⁷

La otra razón por la cual el sector privado significa un obstáculo a la universalización de los servicios de salud es que, si crece en importancia, adquiere la fuerza política necesaria para impedir la expansión del sector público que considera una amenaza a sus intereses particulares. Los Estados Unidos lo ejemplifica, ya que no se ha logrado implantar siquiera un seguro nacional de salud y menos por la tenaz persistencia del complejo médico-industrial.²⁸ Como resultado hay un déficit importante de cobertura estable que es del 16 por ciento de la población.²⁹ O sea, uno de los principales problemas de un amplio sector privado es que detiene el sector público y, con ello, obstaculiza la solución de la problemática sanitaria de sectores importantes de la población.

Por otra parte, el esquema de producción de servicios incrementa su costo para la nación y los individuos. De nuevo los Estados Unidos ilustra este hecho, ya que

gasta en salud el 11 por ciento del PIB, que es más que cualquier otro país, a pesar de no dar cobertura a toda la población.³⁰ Los resultados de un estudio costo-beneficio de este país son reveladores, porque demuestran que la implantación de un Servicio Nacional de Salud con cobertura y acceso universal salvaría entre 47.000 y 106.000 vidas y disminuiría el gasto total de salud en 2,4 por ciento (102.000 millones de dólares), principalmente por medio de la eliminación de los gastos administrativos erogados para impedir el acceso de los no-asegurados a los servicios.³¹

Un tercer argumento contra el sector privado de salud es que su lógica selectiva y de rentabilidad imprime una orientación curativa y no preventiva a los servicios. Además, sus servicios tienden a ser sobretecnologizados y apoyarse en criterios de intervención, basados más en la rentabilidad económica que en consideraciones terapéuticas médicas, lo que se expresa en el empleo de métodos diagnósticos y cirugía de dudosa utilidad que incrementa las iatrogenias.³² Aparte de frenar en lo inmediato la privatización, la propuesta alternativa debe plantear políticas para el largo plazo respecto al sector privado que tienda a restringirlo y asentar que no es solamente deseable que sea en terreno de generación de ganancias.

LA TRANSFORMACIÓN DEMOCRÁTICA DE LA ACCIÓN PÚBLICA

No es suficiente reafirmar solo el compromiso con la producción pública de servicios, sin atender simultáneamente el problema real que nutre el discurso antiestatista-privatizador, a saber: el descrédito de una acción estatal caracterizada por el ejercicio autoritario y discrecional de poder; el clientelismo; el burocratismo, la ineficiencia y la corrupción. Frente al discurso privatizador es preciso construir una vía alternativa de solución que permite la transformación democrática y técnicamente competente de las acciones e instituciones estatales.

Para construir una nueva práctica pública se requiere impulsar una serie de cambios concretos que garanticen nuevas relaciones de poder entre la sociedad civil y el Estado; mecanismos efectivos de regulación y control sobre la actividad pública: funcionarios públicos honestos y preparados para realizar sus tareas y recursos suficientes y distribuidos con un criterio de equidad.

El poder burocrático se basa fundamentalmente en el control sobre los procesos de toma de decisiones y los recursos estatales.³³ Es por ello necesario instrumentar mecanismos que disminuyan la discrecionalidad de la alta burocracia y la obligue a someterse a lineamientos generales de política fijados de manera democrática; a compartir la toma de decisiones con los involucrados en los problemas específicos (trabajadores y consumidores) y a someter sus acciones a una evaluación sistemática realizada por la sociedad organizada.

Uno de estos mecanismos sería establecer un sistema con cuerpos de planeación democrática que fije los lineamientos generales de política social y los objetivos de transformación, sometiéndolos a la aprobación del poder legislativo. Además, estos cuerpos democráticos tendrían la facultad y obligación de evaluar y dar a conocer sistemáticamente los resultados de los programas en función de la solución de problemas o los cambios reales logrados y no en base a las acciones realizadas.

Si se busca construir una nueva correlación de fuerzas que se exprese en las instituciones estatales es, además, preciso basar el proceso de planeación en un concepto de proyección estratégica en la connotación de Testa, que contempla

como elemento central el problema del poder institucional.³⁴ Plantear el problema con este enfoque pone en el centro la transformación como conflicto entre fuerzas sociales y políticas permite pensar las implicaciones de distintas estrategias en términos del fortalecimiento o debilitamiento de estas fuerzas. En el marco de la planeación general es necesario desarrollar la proyección específica, regional y local, a cargo de instancias descentralizadas, representativas y con poder real apoyadas con la información necesaria para la toma de decisiones. O sea, habría que instrumentar sistemas locales de investigación contruidos de tal modo que proporcionan información oportuna y centrada en la medición de impacto.³⁵

La cuestión de la democratización del proceso de toma de decisiones implica necesariamente asumir la construcción de la capacidad real de los miembros de los órganos de llegar a decisiones fundamentales. De otra manera se corre el riesgo, o bien que las decisiones reales queden en manos de los técnicos.³⁶ O que vayan en detrimento de la competencia técnica de las instituciones. O sea, hay que resolver la tensión real entre el ejercicio del poder técnico³⁷ y los intereses inmediatos espontáneos de los usuarios, teñidos por la ideología médica dominante.³⁸ Sin embargo, la búsqueda de soluciones a este problema tiene una proyección importante porque posibilita relación con la democratización del conocimiento, y significa el cuestionamiento de la división del trabajo social existente. En este contexto habría que prestar particular atención a los procesos que democratizan la producción de conocimiento³⁹ y analizar cómo se compatibilizan con el rigor científico.

DESCENTRALIZACIÓN DEMOCRÁTICA E IGUALITARIA

La descentralización es tal vez la política neoliberal más aceptada por sus potencialidades democratizadoras. Sin embargo, la descentralización neoliberal trae como telón de fondo la desestimación y la posibilidad de instrumentar mecanismos de financiamiento que hagan recaer los costos sobre la población atendida, lo que a su vez conlleva un incremento en las desigualdades regionales. ⁰ Esto no quiere decir que la descentralización no sea otro medio para transformar la acción pública, pero es urgente analizar bajo qué condiciones y cuáles son los obstáculos para que sea igualitaria y democrática.

En las distintas experiencias de descentralización se han detectado varios tipos de problemas que dificultan que ésta resulte igualitaria y democrática.⁴¹ El primer tipo de problemas se refiere a la cuestión de la igualdad y tiene relación, por un lado, con el contenido y calidad de los servicios y, por el otro lado, con los esquemas de financiamiento. Al respecto habría que garantizar que la descentralización no se convierta en el pretexto de solo proporcionar servicios primarios selectivos a los pobres en el sistema público.⁴² Dado que la diferenciación en el tipo y calidad de los servicios se hace con la justificación de la escasez de recursos, es necesario manejar esquemas de financiamiento regidos por criterios redistributivos nacionales e internacionales definiendo claramente las relaciones entre los distintos niveles de gobierno.

Un segundo tipo de problemas se relaciona en cómo lograr un proceso efectivo de democratización, ya que muchas de las experiencias de "participación popular" son negativas. Por ello, habría que establecer organismos de gestión de representantes de elección directa de los partidos, de las organizaciones sociales y de las instituciones involucradas con capacidad de toma de decisiones, asignación de recursos de evaluación de programas. Es decir, estos organismos deben tener las suficientes facultades para poder abordar los problemas específicos del nivel local y

la obligación de responder de sus acciones ante sus representados. Sin embargo, la capacidad de toma de decisiones descentralizadas no significa el derecho de apartarse de los lineamientos generales de política sanitaria.

Lograr una real democratización pasa necesariamente por idear mecanismos para proporcionar los elementos de juicio necesarios a los miembros de los organismos de gestión, para evitar que se les controle, con un manejo excluyente del conocimiento técnico-científico.⁴³ Por otra parte, es preciso lograr que estos organismos funcionen de tal manera que no se ahoguen en los detalles de la gestión, sino que puedan dedicar su esfuerzo a trazar los lineamientos de los aspectos principales. El tercer tipo de problemas tiene que ver con la necesidad de desarrollar la capacidad técnica y administrativa local y estatal, ya que la incompetencia en estos aspectos ha causado desastres en los de por sí débiles servicios periféricos.⁴⁴

Por último, habría que garantizar que la descentralización no lesione los derechos sindicales de los trabajadores con la pulverización de los sindicatos y la desaparición de los contratos colectivos nacionales. Junto a ello está planteada la necesidad de democratizar a fondo los sindicatos.

REVALORIZACIÓN DEL TRABAJO INSTITUCIONAL

Por la gravedad del conflicto laboral en las instituciones pública de salud existe la necesidad inmediata de reconstruirlas y fortalecerlas en cuantos espacios concretos de trabajo. Es un problema central, ya que la profundidad de las transformaciones requeridas en las instituciones de salud en el marco del proyecto alternativo tiene que descansar sobre la movilización de la capacidad colectiva y creativa de sus trabajadores. Para que ello sea posible es necesario poner las bases para algo que se puede llamar un "nuevo pacto institucional". Sin este acuerdo básico, los mejores programas pueden fracasar al topar con la resistencia de los trabajadores. Los elementos centrales de ese pacto son recuperar las condiciones económicas y laborales de los trabajadores, recalificar el trabajo institucional y democratizar la gestión de los centros de trabajo.

La recuperación de las condiciones económicas de los trabajadores significa revertir, en el corto plazo, la pérdida salarial de la última década, ya que no es posible pedir un mayor esfuerzo y remunerarlo peor. Asimismo, es necesario proporcionar los medios indispensables para la realización del trabajo en función de las tareas que se supone deben desarrollarse en cada centro de trabajo. Sin ello, no hay posibilidad de producir servicios de calidad. Sin embargo, el elemento más importante es la recalificación del trabajo, que significa un proceso permanente de actualización y capacitación, pero ante todo, la reorganización del trabajo para incrementar el control y la capacidad de toma de decisiones de los trabajadores sobre cómo realizar sus tareas. No hay ninguna posibilidad de movilizar la capacidad y creatividad de los trabajadores para la solución de los problemas, si simultáneamente se pretende imponer sistemas verticales y burocráticos de control y normalización.

La democratización de la gestión de las instituciones como espacios concretos de trabajo y prestación de servicios es parte del proceso general de democratización de la acción pública. Así significa establecer organismos de gestión con participación efectiva de los trabajadores y usuarios armonizando sus funciones con las de otras instancias democráticas. Una cuestión que requiere particular atención son los criterios para nombrar democráticamente los cuadros directivos de las instituciones

y normar su actuación. Deben ser incluidos, por lo menos, la capacidad profesional y la obligación de instrumentar las políticas fijadas por los organismos de gestión y responder ante ellos. Asimismo, hay que emprender un combate enérgico contra las distintas formas de corrupción y abuso de poder, sometiendo el manejo institucional y de fondos públicos a la fiscalización de los organismos de gestión democrática apoyadas con auditorías sistemáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. George, V.; Wilding, P.: *Ideology and Social Welfare*, Rotledge and Kegan Paul, London, 1985.
2. Bendesky, L.: "La disputa por los mercados y los Estados", en *México: La búsqueda de alternativas*, Ed. Cultura Popular-UNAM, México, 1990.
3. George-Wilding, *op. cit.*
4. Davis, M.: *The prisoners of the American dream*, Verso, London, 1986.
5. *Informe presidencial*, Anexo Estadístico, Poder Ejecutivo Federal. México, 1989.
6. Gutiérrez, R.: "La década perdida de los 80's", *El Cotidiano*, No. 32, 1989, pp. 3-11.
7. Laurell, A.C.: "Crisis, neoliberal health policy and political processes in México". *International Jour Health Services* (en prensa).
8. Consejo Consultivo del Pronasol: *El combate a la pobreza*, El Nacional, México, 1990, p. 20.
9. *Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994*, Poder Ejecutivo Federal, México, 1989.
10. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: *Proyecto regional para la superación de la pobreza*, México, 1989.
11. *La Jornada*, 13/3, 1990.
12. Informe presidencial: *op. cit.*
13. Véase por ejemplo: Taylor-Gooby, P.: "Welfare, hierarchy and the New Right", *International Sociology*, Vol. 4, No. 4, 1989, pp. 431-446. World Bank: *Financing Health in Developing Countries. An Agenda for Reform*, World Bank, Washington, 1987. Márquez, P.V.; Engler, T.: "Crisis y salud: retos para los 90", *Educación Médica y Salud*, Vol. 24, No. 1, 1990, pp. 7-26.
14. *Notas para orientar el estudio de privatización en el Sector Salud*, Documento para la Reunión de Trabajo Procesos de Privatización en el Sector Salud, OPS, 14-18/1, 1991 (mimeo).
15. Véase por ejemplo: Contreras, R. (ed): *Salud pública, privada y solidaria en el Chile actual*, PET, Santiago, 1986. Haignere, S.S.: "The application of the free market model in Chile", *International Jour Health Services*, Vol. 13, No. 3, 1986, p. 389. Bello, J.: "Política sanitaria argentina 1976-1981", *Cuadernos Médico-Sociales*, No. 23, 1983. Belmartino, S. Bloch, C.: "Las políticas de salud y bienestar social en Argentina", *Estudios Sociológicos*, Vol. 2, No. 5-6, 1984, p. 227. Fleury, S.: "De la retórica a la realidad: la política de salud en la transición conservadora", *Cuadernos Médico-Sociales*, No. 48, 1989, pp. 14-87.

16. Laurell, A.C.: *La política social en la crisis. Una alternativa para el sector salud*, F.F. Ebert, México, 1991.

17. Véase por ejemplo: Rodríguez, C.: "La respuesta social. Los trabajadores de la salud, en Almada I". (ed): *Salud y crisis en México*, Siglo XXI, México, 1990, pp. 301-32.

18. Jacobi, P.: *Movimientos sociales e políticas pública*, Cortez, São Paulo, 1989.

19. Davis: *op. cit.*

20. World Bank: "The social dimensions of adjustment in Africa". *A Policy Agenda*, Washington, 1990.

20. Véase por ejemplo: PRD. *Documentos Básicos*, México, 1989, y *Ponencia marco: Política Social*, I Foro de Economía del PRD, México, 1990. "Plataformas de saúde" (PT-FBP, PSD, PCB, PMB), *Saúde em debate* No. 26, 1989, pp. 8-27. Torresgoitia, J.: *Democracia y salud. La experiencia de Bolivia*, IL PES/UNICEF, Santiago, 1987. Belmartino, S.: "Políticas sociales. Discusión de una alternativa", *Cuadernos Médico-Sociales*, No. 49-50, 1908, pp. 5-12.

21. Véase por ejemplo: Sonis, A.: *Salud, medicina y desarrollo socioeconómico*, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 1968.

22. Gardell, B.: "Workers' participation and autonomy: a multilevel approach to democracy ay the workplace", *International Jour Health Services*, Vol. 12, No. 1, 1989, p. 527-58.

23. Véase por ejemplo: Clarke, R.: "Una política económica para el corto plazo". *Cuadernos Políticos*, No. 57, 1989, pp. 43-52.

24. Véase por ejemplo: Baillet, A.; Zimmermann, H.: *La evolución reciente del sistema impositivo de México y Alemania*, F.F. Ebert, México, 1989, p. 30. Marklund, S.: *Paradise Lost?*, Arkiv, Lund, 1988.

25. Véase por ejemplo: Fleury, S. (ed): *Reforma sanitaria*, Abrasco, São Paulo, 1989. Berlinguer, G.: *Gli anni difficile della riforma sanitaria*, De Donato, Bari, 1982.

26. Price, M.: "The consequences of health services privatization for equality and rquity in health care in South Africa", *Social Science and Medicine*, Vol. 27, No. 7, 1988, pp. 703-716. Navarro, V.: "Wy some countries have national health insurance, others have national health services and the U.S. have neiter", *Social Science and Medicine*, Vol. 28, No. 9, 1989, p. 887.

27. Fleury, S.: De la retórica... *op. cit.*

28. Véase por ejemplo: Navarro, V.: *Wy some countries op. cit.* Whities, D.; Salomon, J.W. "The propietarization of health care and the under-development of the public sector", *International Jour Health Services*, Vol. 17, No. 1, 1987, pp. 47-63.

29. Navarro, V.: "The arguments against a national health program: science or ideology", *International Jour Health Services*, Vol. 18, No. 2, 1988, pp. 179-89.

30. *Ibid.*

31. Woolhandler, S.; Himmelstrand, D.: "Free care: a quantitative analysis of health and cost effects of a national health program for the US", *International Jour Health Services*, Vol. 18, No. 3, 1988, pp. 393-400.
32. Waitzkin, H.: *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Nueva Imagen, 1981.
33. Kent, R.: "La organización universitaria y la masificación", *Sociológica*, Vol. 2, No. 5, pp. 73-119.
34. Testa, M.: Pensamiento estratégico y lógica de programación, OPS-OMS, Buenos Aires, 1989. Testa, M.: "Estrategia, coherencia y poder en la propuesta de salud", *Cuadernos Médico-Sociales*, No. 39, 1987.
35. Anderson, N.; Martínez, E.; Villegas, A.; Rodríguez, I.: "Vigilancia epidemiológica y planeación descentralizada", *Salud Pública de México*, Vol. 31, No. 4, 1988, pp. 493-502.
36. Elstad, J.I.: "Health Services and decentralized government: the case of primary health services in Norway", *International Jour Health Services*, Vol. 20, No. 4, 1990, pp. 545-561.
37. Testa, *op. cit.*
38. Grimberg, M.: "Internalizar y resistir", *Cuadernos Médico-Sociales*, No. 49-50, 1989, pp. 71-82.
39. Laurell, A.C.; Noriega, M.; López, O.; Ríos, V.: "La experiencia obrera como fuente de conocimiento", *Cuadernos Médico-Sociales*, No. 51, 1990, pp. 5-26.
40. Véase por ejemplo: Menéndez, E.: *Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora en Almada*, *op. cit.*, pp. 221-45. Laurell: *La política social*, *op. cit.*
41. Belmartino: *Políticas sociales*, *op. cit.* Elstad, *op. cit.*
42. Grodos, D.; de Béthuna, X.: "Las intervenciones sanitarias selectivas", *Cuadernos Médico-Sociales*, No. 46, 1989, pp. 71-85.
43. Testa, *op. cit.*
44. López Arellano, O.: *La política de salud en México*, Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1990.

* Conferencia "Juan César García", inaugural del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, 1992. Universidad Central de Venezuela, Ediciones del Rectorado. Reproducción textual del original.

** Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana -X. México, D. F.