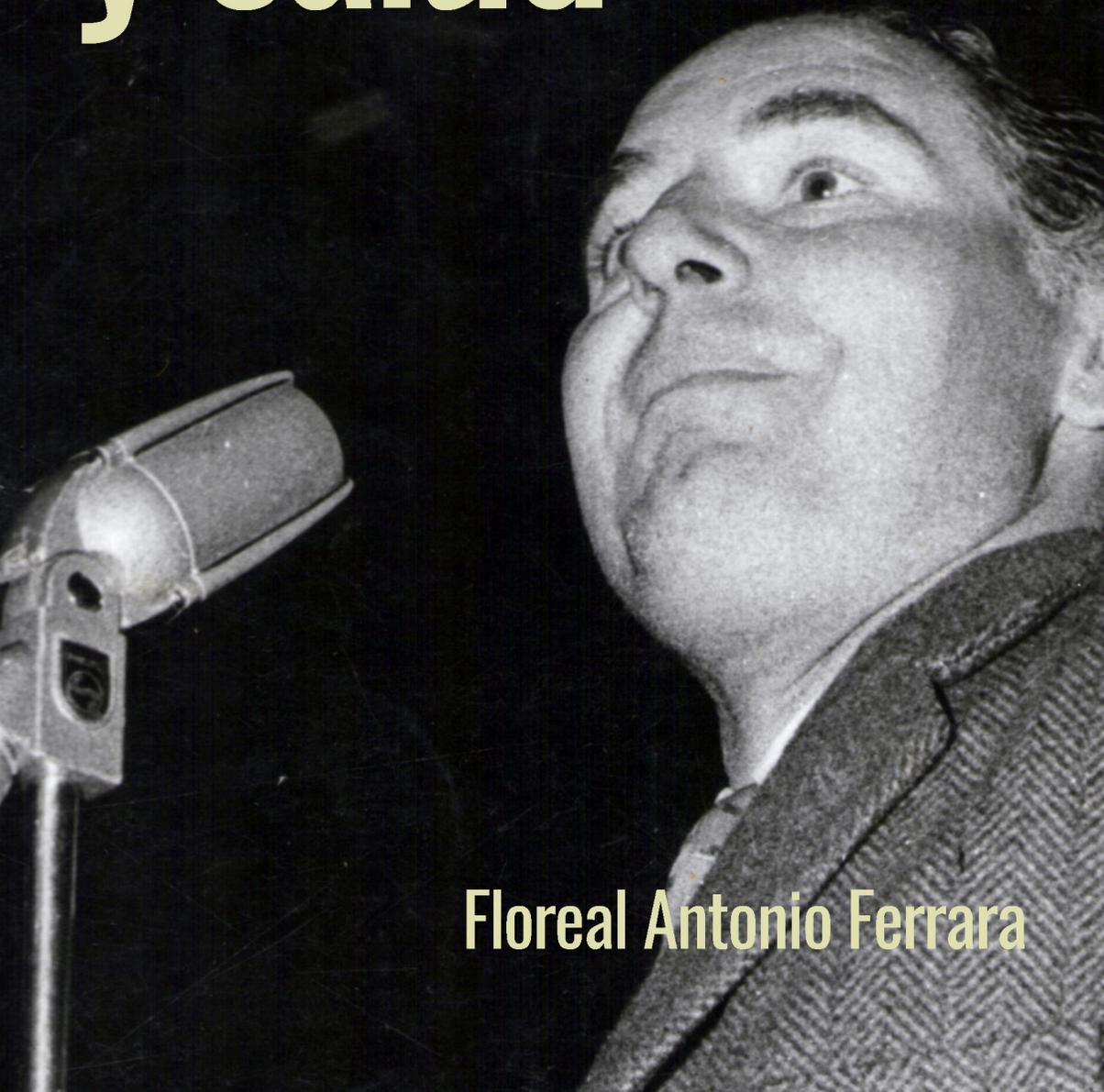


Teoría social y salud



Floreal Antonio Ferrara

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX

Lilía Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica

Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias

Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

Pensar en salud

Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente

Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y gestión de colectivos

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI

Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina

Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social

Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad

Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo

Emerson Elias Merhy, 2021

Sentir, jugar, hacer, pensar: la acción en el campo de la salud

Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento

Matio Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante

Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)

Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva

Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen

Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico

Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo

Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera

María Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales

Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud

Matio Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente

Naomar de Almeida Filho, 2023

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud

Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

Teoría social y salud

Roberto Castro, 2023

Participación social, ¿para qué?

Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes

Eduardo L. Menéndez, 2024

Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada

Sandra Caponi, 2024

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina

Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores

Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo

Josué de Castro, 2019

La salud mental en China

Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo

Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna

Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo

Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

Historia y sociología de la medicina: selecciones

Henry E. Sigerist, 2024

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista

Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología

Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular

Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita

Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica

Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad

María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología

Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014

Instituto de Salud Colectiva, 2020

Teoría social y salud

Floreal Antonio Ferrara



Secretaría de Investigación y Posgrado

Ferrara, Floreal Antonio

Teoría social y salud / Floreal Antonio Ferrara. - 1a ed - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; 48)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-69-8

1. Atención a la Salud. 2. Acceso a la Salud. 3. Administración de la Salud. I. Título. CDD 362.0425

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Clásicos*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki*

Coordinación editorial de esta obra: *Mariano Vígo*

Fotografía de tapa e interiores: *Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar en Salud (CeDoPS)*. <https://tinyurl.com/4trwmdz8>.

Gestión archivística: *Juan Thomas*

Corrección de estilo: *Florencia Brunelli*

Edición de tablas: *Ivana Leiva Baldis*

Diagramación: *Juan Pablo Vittori*

Primera versión en español: *Catálogos editora, 1985*

© 2024, Pedro Ferrara

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-69-8

DOI 10.18294/CI.9789878926698

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



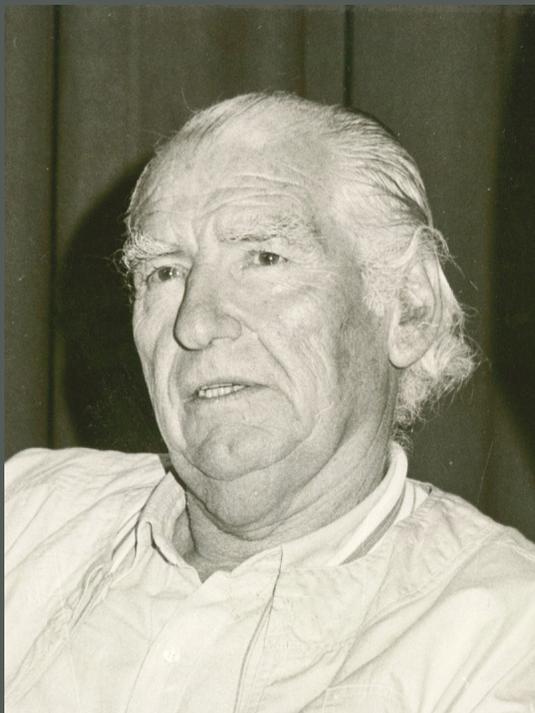
Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



A Pedro y Silvia,
mis hijos.

Foto: Florial Ferrara en su biblioteca.

Fuente: Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar en Salud (CeDoPS), Instituto de Salud Colectiva. <https://tinyurl.com/4trwmdz8>.



Floreal Ferrara

Nació en Punta Alta, provincia de Buenos Aires, el 7 de junio de 1924. Fue doctor en Medicina por la Universidad Nacional de La Plata y médico cardiólogo, por la Universidad de Buenos Aires. Entre 1961 y 1988 realizó diversas asesorías como experto en salud y desarrollo económico-social, en la Organización de Estados Americanos (OEA) y en la Oficina Sanitaria Panamericana.

Tuvo un rol central en el convenio que firmaron la Secretaría de Estado de Salud Pública de Argentina, junto con la Asociación de Facultades de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud (Oficina regional de la OMS), el 19 de junio de 1968, para la realización del estudio "Recursos para la Salud y la Educación Médica y Profesional en la Argentina". Este trabajo formó parte de un estudio internacional en colaboración sobre utilización de

la asistencia médica, iniciado en 1964 bajo la coordinación de Robert Kohn y Kerr White, y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el cual se compararon los servicios de salud en doce zonas de siete países (Canadá, EEUU, Reino Unido, Argentina, Finlandia, Polonia y Yugoslavia). El estudio estaba conformado por siete equipos de trabajo que cubrían prácticamente todos los campos de conocimiento relacionados con el sector salud: demografía, recursos en operación, recursos humanos, recursos de capacitación, utilización de recursos, morbilidad, y servicios técnicos generales. En Argentina el *Estudio sobre Salud y Educación Médica (ESSEM)*, realizado entre los años 1968 y 1973, relevó las condiciones sanitarias de distintos espacios urbanos y conurbanos de la Argentina (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza), produciendo estadísticas exhaustivas, con el objetivo de regular y reasignar recursos en el sector sanitario. En 1973, Floreal Ferrara fue ministro de Bienestar Social de la provincia de Buenos Aires y entre 1987 y 1988, ministro de Salud de dicha provincia. Fue autor de varios libros, entre ellos, *Alcoholismo en América Latina* (1960); *Desarrollo y bienestar argentino* (1966); *Medicina de la comunidad*, en colaboración con Eduardo Acebal y José M. Paganini (1976); *Teoría política y salud* (tres tomos, 1993-1994); *Teoría de la Corrupción y Salud* (dos tomos, 1995-1997); *Teoría de la verdad y salud* (2009). Fue miembro de varias sociedades médicas del país, presidente de la Sociedad de Cardiología de La Plata; vicepresidente de la Federación Argentina de Cardiología y presidente del Movimiento Nacional por un Sistema Integrado de Salud. Entre las numerosas distinciones que recibió, en 2006, fue declarado "Ciudadano Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires" y, en 2008, "Ciudadano ilustre de la Ciudad de La Plata". En 2009, fue distinguido por la Cámara de Diputados de la Nación como "Mayor notable argentino", y por la Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina (CTERA), como "Maestro de vida". Floreal Ferrara falleció el 11 de abril de 2010, en la Ciudad de Buenos Aires.

Había comprobado en las salas de hospital cómo se desgastan los tejidos, cómo envejecen las células, cómo se degrada la carne. Había verificado que esa fatalidad se ensaña vertiginosamente con los miembros de esa anónima muchedumbre que transita la noche de los tiempos, condenada (o resignada) a la pobreza más extrema, al desvalimiento más intolerable. Cierta vez, a poco de iniciar mi carrera de médico, atendí a una campesina. En sus manos y en su cara, por no mencionar su cuerpo, las privaciones y la desdicha habían escrito su mensaje, y yo sentí placer al leer el texto. Ella me preguntó: “¿Voy a morir, doctor?”. Le contesté que no (y no le mentí); y le pinté una mañana radiante, fuera de esas paredes grises, en compañía de los suyos. La mujer dio vuelta la cara y murmuró: “Estoy cansada, doctor”. Dos semanas después regresó a su choza, a un pedazo de tierra, a un marido y a unos hijos aplastados por la sordidez de un mundo absurdo. Aprendí definitivamente que el hombre es el único animal capaz de adaptarse y soportar la ira monótona del infierno. Pero, desde ese momento —irrisorio rasgo autobiográfico— una poesía que corteja la laboriosa fecundidad de la semilla, los arroyuelos cristalinos, las auroras y el trémulo vuelo de los pájaros, y esquiva el dato humano, me resulta sospechosa.

No le pido que vitupere a una fatiga que se asemeja bastante a la esclavitud o que la llore, y mucho menos que proponga fórmulas para remediarla. Le pido que no la olvide.

Andrés Rivera. *Nada que perder*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, Argentina, 1982, p. 80.

MARTINI
MARCA MUNDIAL



Foto: Florial Ferrara dando un discurso durante un acto político.

Nota: Atrás a la izquierda se ve a Dora Roggeri (primera esposa de Florial) y a Pedro Ferrara (su hijo).

Fuente: Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar en Salud (CeDoPS), Instituto de Salud Colectiva. <https://tinyurl.com/4trwmdz8>.

Índice

Prólogo	1
<i>Pedro Ferrara</i>	
Capítulo 1. Conceptualización del campo de la salud	3
<i>También la epidemiología</i>	7
<i>La determinación de la salud-enfermedad</i>	9
Capítulo 2. Atención de la salud	11
<i>La atención de una realidad social</i>	14
Capítulo 3. Algunos aspectos de la atención de la salud	17
<i>Los grupos sociales: El individuo</i>	19
<i>La necesidad en la atención de la salud</i>	21
Capítulo 4. Concepto de accesibilidad	27
<i>Lenguaje de la enfermedad</i>	42
<i>Lenguaje de los médicos</i>	43
<i>Accesibilidad jurídica</i>	53
Capítulo 5. Accesibilidad económica	81
<i>Ahora, la década de 1980</i>	93
<i>Nuevamente una reafirmación teórica</i>	102
<i>El seguro médico - Sistemas de prepago</i>	106
<i>Seguro médico privado en la Argentina</i>	120
Capítulo 6. Accesibilidad administrativa	129
Capítulo 7. La eficiencia en atención de la salud	137
Capítulo 8. Demanda de atención de la salud	143
<i>La producción de los bienes y servicios sanitarios</i>	152
<i>Condiciones sociales del proceso de producción</i>	153
<i>Afinaciones empíricas para las mediciones</i>	160
<i>La tecnología médica</i>	164
<i>La tecnología médica en nuestro país</i>	167
<i>Evaluación de la tecnología</i>	177
<i>Tecnología apropiada</i>	181
<i>Otras consideraciones apropiadas</i>	187
<i>La revolución de la tecnología</i>	192
<i>Los medicamentos</i>	194
<i>El gasto en medicamentos</i>	197
<i>Las ventas de medicamentos</i>	198
<i>Algunas trampas del sector</i>	207
<i>Dos puntualizaciones más</i>	224
Bibliografía	229



Foto: Florial Ferrara dando un discurso, 1987.

Fuente: Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar en Salud (CeDoPS), Instituto de Salud Colectiva.

<https://tinyurl.com/4trwmdz8>

Prólogo

*Pedro Ferrara*¹

La obra editorial de mi padre, Floreal Ferrara es muy amplia y empieza en la década de 1960. Ha escrito varios libros y publicaciones que plasmaron su enorme capacidad intelectual.

En este libro, Floreal marca la diferencia sustancial de la medicina biologicista y la medicina social, haciéndonos pensar sobre situaciones complejas de la salud, las inequidades sociales y la política. Marca la importancia de la participación popular en las estrategias de salud y expone claramente su posicionamiento sobre la construcción de la salud, marcando que no se hace desde arriba, sino que se debe construir desde las comunidades. Debemos ubicarnos en la década de 1980 para poder dimensionar la trascendente de esta obra y repensarla dentro de los complejos momentos que se desarrollaban por entonces.

Creemos que nutre a este simple comentario conocer el recorrido de Floreal dentro de la realidad social y política que afrontó. Desde siempre fue un ávido lector e incansable investigador de la realidad social en la estaba inmerso. Fue el primero en realizar una encuesta sobre salud mental en Argentina en la década de 1950. Esta experiencia la realizó junto a Milcides Peñas, quien lo acompañó en el desarrollo y la metodología de esa tarea. Fue invitado a realizar cursos en el extranjero, donde forjó una amistad con Josué de Castro, gran sanitarista de la segunda mitad del siglo pasado. Participó del desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud, que plasmó la realidad sanitaria de la Republica Argentina.

Fue también un activo militante del Partido Justicialista y participó de campañas políticas en las que desarrolló distintos planes de salud. Fue ministro de Bienestar Social y ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Siendo ministro de Salud implementó el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS), programa revolucionario en el año 1987, el cual articuló la asistencia profesional con la participación popular en salud.

Por su compromiso con la lucha política, fue perseguido y destituido de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata y, en su actividad hospitalaria, fue cesanteado del Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín”, siendo jefe del servicio de Cardiología.

¹Médico. Fundador del primer Servicio de Cuidados Paliativos con internacion domiciliaria de la provincia de Buenos Aires. Director ejecutivo del Hospital Interzonal General de Agudos Prof. “Dr. Rodolfo Rossi” de la Ciudad de La Plata. Interventor por resolución judicial de la Obra Social Bancaria.

En nuestra casa, Floreal junto con mi madre fueron anfitriones de pensadores e intelectuales, así como también refugio de perseguidos por los gobiernos dictatoriales. Floreal y Dora debieron abandonar su casa para preservar sus vidas en la última dictadura.

La conducta ética de Floreal lo llevo a enfrentarse con los “dueños de la Salud” por lo cual sufrió persecuciones en forma permanente. Sus posiciones políticas siempre lo acercaron al movimiento obrero, con quienes desarrolló tareas de asesoramiento en distintas obras sociales sindicales.

Su actitud frente a las posiciones ideológicas y éticas lo encontraren siendo fiel a sus acciones y pensamientos, lo cual quedó marcado en el final de su vida, que lo encontró como vivió, en la austeridad.

Capítulo 1

Conceptualización del campo de la salud

En los últimos tiempos se ha generalizado un esfuerzo lingüístico y conceptual para darle nombre apropiado a cada actividad, realización e idea referida a la salud. Estos esfuerzos miden, aunque más no sea en parte, la tendencia que se está operando en el sentido de otorgarle al concepto de salud-enfermedad una precisión y encuadre que tiene que ver con las transformaciones que en su campo se producen y deben aún producirse.

Todo comienza con la caracterización de la salud, con la necesidad de entenderla en el área de la comunidad y las clases sociales que la integran, con el convencimiento de verla adherida al proceso histórico en el que se producen sus determinantes y se genera la distribución de sus condiciones entre los integrantes de la sociedad.

Comencemos por *la definición de salud*.

Ya en otras oportunidades se ha expresado el reconocimiento al avance que significó conceptualmente la idea de la OMS de que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, por el aporte significativo que ello implicó en la búsqueda de una totalización e integralidad conceptual.

Resultó importante para el pensamiento sanitario la ampliación del marco interpretativo más allá del único y frecuentemente limitado marco de lo físico o biológico. Cuando la definición incluye a los aspectos mentales y sociales coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión del proceso salud-enfermedad.

Sin embargo, es también sabido que se le critica a tal definición su apreciación básica de bienestar, vale decir la de otorgarle a la salud solo la perspectiva de involucrar con el bienestar sus atributos de *sentirse bien* o de *estar bien*, lo que transforma así a la definición en una simple e irreductible tautología.

Se ha creído que se hace necesario encontrar conceptos dinámicos que permitan abarcar con mayor potencialidad la idea de salud para reemplazar a esta tautología que condiciona la palabra *bienestar*. Las expresiones utilizadas como sinónimos que intentan corregir esa tautología, *adaptación*, *madurez* y *equilibrio*, tampoco han cumplido con el requerimiento profundo de la idea de salud-enfermedad. También ellas le otorgan un evidente sentido estático a la definición de salud.

Es necesario, por el contrario, hallar las referencias lingüísticas que abarquen el sentido dinámico de la salud-enfermedad, que comprendan a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia.

Es oportuno remarcar el error generalizado de quienes no advierten que la adaptación completa, en cuanto equivale a la renuncia a la creación individual y social y al enfrentamiento de nuevos conflictos, es por ello mismo una forma clara de enfermedad. No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto, físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad.

La salud no se define ni por su tautológica concepción del bienestar ni por sus sustitutos que niegan el conflicto en cualquiera de sus áreas. La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones en las que a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad.

El dinamismo requerido para interpretar el proceso salud-enfermedad (pues se trata efectivamente de un proceso incesante) hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad. Como el río de Heráclito, la salud nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad. No se detiene y en cada instante de su devenir es distinta de la anterior, bien porque supera los conflictos que continuamente le interpone su historia, bien porque al sucumbir a ellos termina su proceso en el individuo, aunque renace constantemente en su sociedad.

Esto define la ubicación conceptual, al reparar en la salud-enfermedad como un proceso incesante, cuya idea esencial reside en sus caracteres histórico y social.

Para ello es necesario separarse, tomar distancia de las simples definiciones tautológicas o, si se prefiere, de aquellas enunciaciones de tal terminología física, mental y social, porque estas palabras están escondiendo, disfrazando o, mejor, callando la esencia misma del proceso salud-enfermedad.

Elas circunscriben a la salud dentro de una concepción ahistórica, casi eterna, fija, abstracta, que está particularmente moviéndose entre la idea de lo biológico, donde se une el área física y mental, y lo social, vislumbrado solo como ámbito de acción de lo biológico.

En este último caso, los términos solo tienen un mezuino “sentido verbal” y sus cultores, al no descubrir el carácter histórico-social que científicamente alcanza el proceso salud-enfermedad, no han superado las barreras de la terminología, más o menos vacía de contenido.

No es en realidad inoportuno señalar que tanto las palabras “físico”, “mental” y “social” como “biológico” y “medioambiente” corresponden a la idea de salud; son formas, aspectos de su existencia. Pero cuando se debe construir una concepción científica, integral de la salud, cuando se propone elaborar un objeto científico de la salud, entonces es imprescindible esculpir el concepto de salud como proceso con caracteres históricos y sociales.

Para definir este concepto, es necesario basarlo en la realidad compleja que domina su determinación, la cual constituye una formación social que está dictada por el modo de producción de esa sociedad, en donde el contenido de la salud está señalado por esa realidad, por la totalidad social considerada en conjunto o por alguno de sus diferentes niveles.

De esta manera, el carácter histórico y social de la salud, más allá de los términos y las palabras, se distingue porque el objeto del análisis está determinado por una realidad que se caracteriza por su complejidad, en la que se combinan los diferentes factores, niveles e instancias que la componen, dando un modelo final que es resultado de determinaciones parciales, específicas y, en definitiva, articuladas por el nivel o el factor resultante del sistema productivo.

La salud reconoce así la especificidad de sus componentes, de sus factores y de sus diversidades, en las combinaciones de estos, en la supremacía o dependencia de determinado elemento según el lugar y el tiempo, por lo que más aún está entonces capacitada para observar y comprender la determinación de cada elemento en función de los demás, de su estructura sanitaria global en función de las otras realidades. Esto mismo es lo que exige una precisión, en el sentido de encontrar en estas determinaciones la fuerza dominante, aquella que presiona desde el origen y condiciona la resistencia o el avance de las demás.

Asimismo, al descubrir el objeto real de su problemática, está lanzando sobre su campo científico nuevos conocimientos, nuevas formas de entendimiento, luego de que pudo enmarcarse la configuración de su propia estructura.

Ahora la salud, entendida como proceso con caracteres histórico-sociales, despojada del individualismo al que la había recluso el análisis clínico, aligerada de palabras y términos, liberada de los elementos uncausales que la ataban y no permitían descubrirla, se ha convertido en un objeto científico que, habiendo sufrido esta conmoción cualitativa, se ha transformado (mejor dicho, se está transformando) en una nueva complejidad, cuya estructura todavía es necesario reconocer y despejar.

Para ello es imprescindible que aún logre separar de su campo operativo algunas redes y espesuras que limitan su observación.

Entre otras cosas, es necesario despojarla de su apetencia por los hechos y fenómenos sanitarios distribuidos sobre su área de acción como simples datos mensurables. La medicina contemporánea ha utilizado y utiliza estos datos cuantificables como la esencia científica en su búsqueda y definición.

En realidad, con esta concepción histórico-social se busca obtener la conceptualización del objeto de estudio, sin dejar de utilizar las medidas y cantidades, pero sabiendo que si la salud no es cuantificable es porque precisamente se trata del concepto de sus formas, de esas que son medibles.

Aquí reside uno de los secretos del cambio cualitativo. El campo, sin heterogeneidades y lleno de los componentes de la salud (peso, presión, colesterol, mortalidad, morbilidad, medio interno), ya no constituye un simple y circunscripto dato sanitario. Ahora se exige la definición de su concepto, es decir la caracterización, los límites y las condiciones de sus componentes homogéneos y mensurables. Se extrema el análisis y se busca la relación determinante, la razón de sus cifras y medidas, no sus cifras y medidas.

Para la salud, más que sus cuantificaciones biológicas y aun psicológicas y sociales, lo que importa es su concepto dinámico producido y produciéndose en el propio tiempo histórico-social que la determina.

La otra oscuridad que aún abrume su conceptualización se une a la idea de que este campo homogéneo y medible de los acontecimientos sanitarios tiene una relación directa con los hombres que en él se reúnen. De esta forma, esta espesura concibe en los humanos y sus requerimientos y necesidades todos los actos por los cuales los acontecimientos sanitarios se producen y se distribuyen en la población.

Así el hombre es el fundamento del hecho sanitario. Todas las circunstancias que han de darse en el campo de la medicina por este camino son el producto de las necesidades y los padecimientos del hombre. En él reside el problema, y con esta concepción la espesura de los entretreídos que dificultan la verdad científica se duplica.

Por un lado, porque con esta idea el problema finca en analizar y conocer al hombre. Llegar a la antropologización de la salud y, de esa manera, quedarse en el síntoma y no reconocer la causa determinante. Es decir, no ver en los hombres, en los individuos enfermos o sanos, solo a los portadores de las relaciones sociales que genera el sistema productivo. El error en este sentido de la espesura consiste en que la medicina tradicional, al recabar la razón de las causas de la enfermedad en el individuo, no entiende el problema real, que consiste en las maneras de la existencia histórica de las individualidades señaladas por el sistema productivo.

Por el otro lado, al pensar lo sanitario como compuesto siempre por seres igualmente sometidos a necesidades, se pueden tratar sus efectos colocando como suspendido, negado, al conjunto de tales sujetos. Su situación es universalmente comprendida en la generalidad universal de sus necesidades y ello ha llevado a la ciencia de la salud tradicional, antes y aún hoy en nuestro tiempo, a tratar los problemas sanitarios en absoluto, también como suspendidos asépticamente en el aire, para todas las formas de sociedad, tanto las de antes como las de ahora y las que vendrán.

Este enfoque antropológico le da a la medicina una errónea composición de eternidad, que ha visto en todos los tiempos los problemas enfocados como si fueran abordables por soluciones igualmente eternas, por esa concepción equivocada que hace del hombre el objeto eterno, siempre idéntico en su preocupación.

Al entender a la salud por su concepto, por el contrario, los problemas sanitarios, las situaciones de salud-enfermedad, dejan de enfocarse como una relación causal simple, lineal, homogénea; se presentan objetivamente como integrantes de un sistema profundo y complejo, adheridos a otra realidad más compleja aun que le es determinante y que se expresa globalmente como el sistema productivo del cual y por el cual existe. Este sistema productivo que se plasma por las fuerzas productivas y las relaciones sociales que son su consecuencia genera la estructura básica desde la cual se dan las condiciones generatrices de la salud-enfermedad.

Por eso la salud o lo sanitario, que la incluye, no tiene solo la cualidad de un dato, ni siquiera del signo inmediatamente comprobable; su precisión requiere en todos los casos, primero, la construcción de su realidad propia y compleja, de cada enfermedad o estado de salud, y, luego, como profundización insoslayable, la reconstrucción de la realidad del sistema productivo, también con su complejidad, que constituye la estructura básica de la interpretación de la salud.

Así el concepto de salud se elabora, debe ser elaborado, para cada modo de producción, tal como el concepto para cada una de las enfermedades, recabando

original y exigentemente esta construcción del concepto de su objeto en la profundidad compleja del sistema productivo y sus relaciones, es decir ahondando el carácter histórico y social de su esencia y existencia como concepto.

Ese recabar profundo y exigente para la salud es la búsqueda honda de su determinante, que se aleja de la interpretación lineal, simple, de la causa. Se exige alcanzar el amplio principio de *la determinación o de la producción legal* con sus dos componentes, el principio genético (nada surge de la nada ni se convierte en la nada) y el principio de la legalidad (nada ocurre en forma incondicional, arbitraria, ilegal), (Bunge, 1978, p. 365).

Se trata, en este sentido, de la determinación de todas y cada una de las realidades de la salud-enfermedad, de su presencia como tales, acabadas y existentes y, por lo tanto, subordinadas, exigidas, impulsadas. En fin, determinadas por la realidad ordenante, exigente, dominante, en suma por la determinación de las formas productivas y las condiciones sociales que engendra cada proceso de producción.

También la epidemiología

Debe sumarse a los elementos que se requieren para enfrentar el criterio contemporáneo de la atención de la salud, la idea actual de la epidemiología.

Quizás pueda arrancarse con la síntesis orientadora expresada por C. Taylor en la reunión de Ginebra de octubre de 1969, cuando señalaba que la epidemiología es “la investigación básica a nivel comunitario” (Taylor, 1969, pp. 61-68), o con menos tono profesoral se la puede identificar con lo que Kerr White denomina “simple definición” al extenderla “al estudio de aquello que le acaece a la gente” (White Kerr, 1974, pp. 1-32).

También puede optarse por el más simple enfoque de abarcarla a punto de partida del significado etimológico actual de tal palabra. Así la epidemiología comprende *el estudio de todo lo que recae, lo que está sobre el pueblo*.

Pero la preocupación actual por delimitar con precisión la idea de epidemiología va más allá de las generalidades y de la simple convocatoria verbal o terminológica.

Se requiere porque tiene que alcanzar a reemplazar el criterio clínico que cubrió un largo período de la historia de la salud y que precisamente correspondió a un enfoque para el conocimiento de la salud-enfermedad situado dentro de una dimensión individual. Esta dimensión analizó minuciosamente los procesos que en el individuo caracterizaron sus situaciones orgánicas, funcionales y aun psíquico-afectivas, circunscriptas a tal límite unitario.

Aun cuando sus contribuciones al conocimiento del proceso de la salud-enfermedad han resultado apreciables, estos tiempos ya han demostrado la incapacidad en la que tal criterio clínico se encuentra para entregar eficazmente soluciones para los grandes interrogantes que los no menos inquietantes problemas sanitarios de las comunidades presentan cotidianamente.

Pero el propio camino de la epidemiología y la delimitación de la conceptualización de su objeto y de los elementos determinantes para las condiciones de tal

objeto están sufriendo la influencia de los procesos colectivos, que, generados por las condiciones sociales, permiten ir elaborando una herramienta científica ajustada a esos requerimientos. Por eso, también los criterios epidemiológicos tradicionales deben ser puestos en cuestión, están siendo cuestionados, particularmente cuando el análisis objetivo de la realidad comienza a enfocar a las situaciones de salud-enfermedad y reconoce en el modo de producción y en la inserción de los hombres en las relaciones sociales generadas por esas formas productivas la complejidad patógena determinante.

Aquí reside la bifurcación de caminos entre la epidemiología ya tradicional y la nueva epidemiología, cuya construcción es necesario afianzar constantemente, no solo en el planteo teórico de su concepción, sino también en el análisis y la experimentación obligada.

Para la epidemiología tradicional la causalidad se define como la “asociación existente entre dos categorías de eventos, en la cual se observa un cambio en la frecuencia o en la cualidad de uno que sigue a la alteración del otro” (Mahon *et al.*, 1965, p. 10).

Para estos epidemiólogos la asociación de los hechos puede producirse por una vinculación no causal o secundaria y por una asociación causal que a su vez puede ser directa o indirecta, pero refirman que “la meta del conocimiento completo requiere el estudio de las asociaciones hasta que se identifiquen los mecanismos causales más directos que se puedan observar” (Mahon *et al.*, 1965, p. 14).

Es muy importante retener esta meta que proponen los epidemiólogos tradicionales (Bunge, 1978, p. 54), porque en ella se puede observar la reducción de la causación a la ocurrencia concomitante de dos hechos. Como dice Bunge, alcanzar “la proposición ‘si C (y solo entonces) siempre E’ no implica una conexión genética, sino una asociación externa... que nada dice de la naturaleza activa y productiva que suele atribuirse a los agentes causales” (Bunge, 1978, p. 56).

Esta proposición que Mac Mahon considera el cenit del conocimiento completo se viste de corte científico en cuanto plantea que su búsqueda debe hacerse hasta el infinito, cuando en realidad su equivalente concluye en la más simple e insuficiente propuesta de la forma “C causa E” y que solo expresa una relación constante entre dos términos, una condicionalidad que no da testimonio ni de la univocidad ni del carácter genético de la vinculación entre C y E. Como lo expresa categóricamente Bunge, “no manifiesta la productividad o eficacia de la causación; en suma, no dice que el efecto es producido por la causa, sino que tan solo está regularmente asociado con ella” (Bunge, 1978, p. 15).

Esta epidemiología tradicional con esta reducción de la causación a las vinculaciones o asociaciones constantes y directas, cuando menos, soporta un error de simplificación, el que identifica a la causalidad con una de sus posibilidades. Sin embargo, esta simplificación vuelve a ratificar la ubicación prejuiciosa del empirismo en su reduccionismo parcial e interesado en el análisis de los hechos y sus leyes de producción. Esta reducción a una causación simple es también, cuando menos, sospechosa de ser artificial.

Para romper este cerco de la causación a la vinculación constante, los epidemiólogos como Mac Mahon han creado la idea de la red causal diciendo que los hechos

nunca dependen de causas únicas, pero se apresuran a pensar que por este juego de la multicausalidad “debe considerarse toda la genealogía más propiamente como una red, que en su complejidad y origen queda más allá de nuestra comprensión” (Mahon *et al.*, 1965, pp. 15-16).

Es posiblemente este horror a la incompreensión o este temor a llegar al fin posible de la causación el que los lleva a ejercitar un mecanismo igualmente erróneo cuando deben seleccionar los componentes multicausales. Utilizan nuevamente un reduccionismo parcial e interesado que destruye la posibilidad de pensar ciertamente en la multicausalidad.

Así manifiestan que “el mecanismo de ‘cadena’ es el que muchas variables pueden estar relacionadas con un efecto individual” (Bunge, 1978, p. 36) de forma tal que C está causalmente unido a D; D a E; E a F, y así sucesivamente hasta que finalmente Q juegue una parte importante en el desarrollo de la enfermedad, de modo que su eliminación produzca un efecto sustancial.

Bunge define claramente a este enfoque multicausal al que denomina causación conjuntiva múltiple y dice que

...ya sea que la causa pueda o no analizarse en una graduación neta de factores, la pluralidad conjuntiva de causas se reduce a la causación simple... La pluralidad conjuntiva de causas no pertenece al dominio de la causación múltiple auténtica, sino que constituye cuando mucho una variedad de la causación simple. (Bunge, 1978, p. 47)

Esto es lo que refirma un epidemiólogo moderno cuando señala “que aunque la red articula un complejo de componentes, el nexa causal último es simple... y con eso, quedamos sencilla y llanamente en la añeja unicausalidad” (Breilh, 1980, p. 110), en la búsqueda de la primera causa, que como ya está reconocida, siempre se trata de una hipótesis teológica, de la metafísica unicausal.

La determinación de la salud-enfermedad

La epidemiología tradicional, como ya se dijo, respondió con la multicausalidad, en una agrupación casi hasta el infinito de factores a los cuales no les estableció calidades y pesos diferenciales y a los que seleccionará hasta otorgarles la característica de causa directa, otra vez unicausal.

Pero la epidemiología moderna, esta que está elaborando conceptualmente su objeto, que debe continuar en tal construcción, acepta que la salud muestra una determinación estructural o totalista porque se subordina la parte al todo, porque ya definitivamente sabe que no hay causalidad lineal posible y única, que los fenómenos sanitarios deben ser pensados y observados como determinados por estructuras que pueden serles propias, pero a su vez están determinados por la estructura total del modo de producción.

Es cierto que los fenómenos de la salud-enfermedad tienen determinación estadística, ya que su resultado final está determinado por el influjo conjunto de situaciones independientes o relacionadas; que no pueden obviar las acciones recíprocas o interdependientes; que sufren y reciben la determinación dialéctica, aquella que Bunge llama “autodeterminación cualitativa”, donde la totalidad del proceso también se alcanza por la lucha, el diálogo interno y la síntesis subsiguiente de sus componentes opuestos. Los fenómenos de salud-enfermedad también sienten la simple determinación causal, esa de la determinación del efecto por la causa externa, porque la salud-enfermedad no está libre de las influencias exteriores.

Todas estas estructuras determinantes que tienen determinación sobre la salud-enfermedad logran su importancia, calidad y peso, así como el valor de las relaciones generadas entre ellas mismas por la determinación exigente y dominante que sobre ellas ejerce la estructura global, aquella que engendra la producción y las relaciones sociales que son sus consecuencias.

A esta presencia de la estructura global sobre sus efectos (las otras estructuras señaladas) en la epidemiología moderna debemos denominarla “causalidad estructural”, que al incluir a la estructura social determinante incorpora el componente histórico del análisis de la salud-enfermedad y reconoce en tal estructura económica la determinación de los niveles de salud-enfermedad según las diferentes clases sociales, que son la consecuencia de esa estructura determinante.

Esta categorización social que significan las clases sociales aparece como el marco adecuado para por su conocimiento alcanzar epidemiológicamente la comprensión del proceso salud-enfermedad y su determinación. Supera la idea de la tríada ecológica y reemplaza su ineludible resultado de causación simple por la sumatoria articulada de estrecha combinación de las demás categorías de la determinación que se enunciaron y que responden, admiten, la determinación causal, estadística, interactiva, dialéctica y aun teleológica.

A esta categoría de la clase social, Laurell le incorpora la categoría “proceso de trabajo”, que tiene que ver con las características de los distintos procesos directos de producción, vale decir “la problemática de las condiciones concretas de trabajo” (Laurell, 1981). Puede entenderse, sin embargo, que más que una nueva categoría social el proceso de trabajo, cuya abundancia no daña en la comprensión del criterio de salud-enfermedad, puede ser concebido como incluido en la clase social.

En esta clase social su delimitación está brindada por la inserción de cada grupo en el aparato productivo, así como también por las relaciones en que tales grupos se encuentran frente a los medios de producción, por el juego que desarrollan en la propia organización laboral y por la fórmula, cantidad y proporción que reciben del producto social del que en gran medida son sus creadores.

En realidad, el proceso de producción está integrado por el proceso de trabajo y las relaciones sociales que genera ese proceso de producción. Estas dos circunstancias determinadas por el proceso de producción constituyen un bloque unitario, pero en el cual el proceso de trabajo, su ritmo, su calificación técnica, no es el que desempeña la situación predominante, sino que son las relaciones de producción las que ejercen la predominancia.

Capítulo 2

Atención de la salud

En el deseo de circunscribir con alguna exactitud los alcances modernos de las actividades encargadas de atender la salud de los individuos y sus comunidades, es necesario realizar previamente una disquisición semántica que hace en parte al fondo del enfoque sobre este particular.

Se trata de la utilización de la expresión “atención de la salud” como reemplazante de aquella otra de “atención médica”, que resulta mucho más tradicional y reconocida.

Este cambio está impulsado por varias situaciones. Digamos que las primeras circunstancias que lo generan están representadas por una clara tendencia operativa de nuestros tiempos y para determinadas comunidades. Se trata de la idea de que los problemas de la salud-enfermedad no son ni remotamente objetos exclusivos de la preocupación médica y de los médicos en particular.

Definidos estos problemas como histórico-sociales y no solo como un efecto de ciertas causas, como dejamos dicho, resultan ser la consecuencia de un complejo proceso de determinación que transforma claramente al enfoque de la salud-enfermedad en un proceso en desarrollo en el que la especificidad de lo biológico y lo social se combina en una estructura determinada por el sistema productivo y sus relaciones sociales.

Esa estructura determinada que es el estado de salud-enfermedad, generada e insertada en un sistema productivo que es su determinante, excede sin dudas el clásico esquema de lo patológico individual y justifica así, teórica y operativamente, el cambio de enfoque.

Esta circunstancia teórico-práctica respalda el cambio porque obligó a construir el concepto nuevo del objeto de estudio, y al darle el sentido de proceso histórico-social incluyó a la sociedad misma y sus componentes como la interesada e interviniente en su transformación.

Por otra parte, al concebir a la salud como un proceso globalizador, en él se suman lo físico, mental y social o, mejor dicho, se combinan en una estructura determinada lo biológico y lo social, se destruye la antigua concepción de la atención médica dedicada a la atención del enfermo, a la comprensión exquisita y precisa de lo patológico. Esta atracción por la situación enferma no ha desaparecido y, como antes, en buena parte del mundo la medicina existe porque existieron y siguen existiendo los enfermos.

Algunas de las razones que justifican esta ubicación de la medicina resultan claras cuando se vuelve a pensar el proceso salud-enfermedad como determinado por las condiciones generadas por la estructura económica y social que el sistema productivo impulsaba.

Un sentido particular de ese sistema productivo requería terminar con las enfermedades para volver a incluir al hombre enfermo al circuito de la producción. La enfermedad aparece así como un gran enemigo dentro de ese sistema de creación de riqueza y entonces las respuestas del aparato sanitario estuvieron al servicio del sistema social vigente, dispuesto a vencer a ese enemigo que era la patología, y afianzaron la medicina de la enfermedad.

A esta simplificación científico-política podemos añadirle una interpretación conceptual para con las ideas que esgrimen quienes ven en la enfermedad una realidad en sí misma, es decir un hecho único y alejado de cualquier otra circunstancia interpretativa. Para ello, debe efectuarse un enfrentamiento más riguroso con relación al juego que reside en el diálogo de lo normal y lo patológico, de la salud y la enfermedad.

Esa toma de conciencia con el sentido profundo de esta circunstancia tiene que concluir por identificar a esos dos polos para hacerlos partícipes de un solo y un mismo proceso en el que lo normal y lo patológico son estados cambiantes en la ecuación vital. Aquí se vuelve a ratificar aquello que tantas veces se ha repetido y que parece como digno de la primera afirmación de lo sanitario, en el sentido de que lo normal incluye a lo patológico.

En este alcance, curar ahora significará volver a llevar a la salud a lo normal, al organismo que se ha apartado de ella, por lo cual el arte de curar solo es tal si sus actividades pueden asimilarse a la idea de conocer y trabajar para la salud.

Trabajar para la salud es conocer la enfermedad, pero también y sustancialmente la norma, reconocer a lo normal, individualizar a lo normal y también a lo patológico, a estos dos términos de la estructura vital.

La medicina, enfrentada con esta paradoja concreta de la salud-enfermedad, se transforma así en una ciencia paradójica, concebida como conocimiento de la polaridad posible entre lo normal y lo patológico y para descubrir en este proceso dialéctico las disputas constantes de tales fuerzas, la ruptura permanente del equilibrio sustancial, entendiéndolo tanto al equilibrio como a su ruptura y su recomposición constante. Este proceso que, como hemos señalado repetidamente, tiene características definidas en su historicidad y en su denso atributo social, no es en ningún instante un punto cristalizado, siempre resulta un proceso.

Piénsese que este diálogo comienza en los términos salud-vida y esto produce un cambio transformador tanto para el concepto como para la práctica de la medicina. Ahora bien, remarquemos especialmente el sentido polarizador del proceso, pero entendiéndolo como una escala en cuyos extremos, salud-enfermedad, se expresan las diferencias, aunque por dentro de tales extremos, en la escala que grafica el proceso, se unen, se confunden, conviven y se rechazan, se identifican y sintetizan los elementos de la normalidad y la patología.

Allí, en el extremo determinante de este proceso, está la salud, que aparece como el estado requerido para crear valores constantes, para intervenir en la producción y reproducción individual y colectiva, para recrear en todo momento las estructuras normativas vitales. La salud incluye la posibilidad de aceptar con flexibilidad infracciones aun severas a las normas fijadas, aunque estas hagan a lo cotidiano, mínimo o máximo, o aun a lo esencial y extremo.

En esta concepción dinámica, la salud es capaz de instituirse normas distintas para situaciones nuevas: admitir, tolerar modificaciones, aun destrucciones, creaciones, nuevas infracciones o superaciones a lo normativo. Esto es precisamente el proceso salud-enfermedad, incluido y determinado por el proceso histórico-social de cada comunidad.

De esta manera, en tal diálogo, la enfermedad, el otro polo del proceso donde se visualizan las diferencias, puede hasta aparecer como una nueva expresión de lo normal, de otra normalidad, porque paradójicamente la enfermedad tiene su propia norma, sus valores normales; aunque cuando perfilamos al hombre y su comunidad como depositarios de tales valores, reconocemos que tal ser, como ser colectivo, tiene una rigidez operativa en su proyecto de existencia. Ahora en su nueva dimensión de vida, en ese clima de la enfermedad, en tal trama social y vital, ha perdido la capacidad para ser normativo, para dictar sus normas fuera de esa norma nueva que incorporó, que creció en su universo y que constituye la enfermedad. Esa es la diferencia, un criterio también dinámico, pero distinto (Canguilhem, 1971, p. 150).

La salud incluye a la enfermedad: no se identifican, son distintas, pero se complementan porque estar sano significa aceptar la perspectiva de perder tal estado, de romper las normas actuales, adquirir otros valores y enfermar.

Como alguien lo ha pensado, el ser sano, aquel que está en el área del hombre normal, no solo reconoce y palpa su situación de sano, con capacidad de producir y de reproducir su ciclo social, sino que está acompañado por el gusto de la enfermedad y es capaz de llevarla consigo, de sentirla como una sombra ineludible y omnipresente en su existencia; y se siente sano en cuanto tiene capacidad normativa para producir su futuro sin desconocer la norma diferente que establece su período de enfermedad.

Ambas situaciones se incluyen, son dignas una de la otra, y fundamentalmente no existen solas, aisladas, únicas. Son, en verdad, parte, múltiples partes de una estructura histórico-social también cambiante y compleja, como toda realidad.

Puede pensarse en otro enfoque, en aquel que admite a la enfermedad como el fracaso temporario que se ha producido en el juego dialogado de los componentes de la estructura histórico-social que la determina.

Así, de esta observación y de las condiciones objetivas y concretas en las que se producen las enfermedades, podrán reconocerse la inmadurez de las fuerzas que pudieron evitarla, las condiciones deficitarias, la insuficiencia de la base orgánica y social que las generó. En fin, mostrarán la realidad en la que está inserta como una forma negativa de la existencia y como tal con capacidad para transformarla.

La transformación es posible porque en el proceso histórico-social, en la salud-enfermedad, no hay negatividad que se cristalice sin poner en juego sus propias fuerzas positivas. La enfermedad tiene también fuerzas con capacidad contradictoria, como que forma parte de tal proceso, y dichas fuerzas al formalizar su transitoriedad le otorgan posibilidades para producir nuevas formas de salud, reproducir el ciclo histórico-social o alcanzar el vértigo definitivo hacia la nada.

La enfermedad sirve para enumerar las condiciones objetivas y concretas de la ineficacia de determinadas fuerzas de la existencia individual y social; patentiza los determinantes que genera la inserción del ser humano en el sistema productivo,

pero en el juego dialéctico con la salud también está obligada a mostrar los vectores que impulsan hacia el estado natural que significa la salud.

Es cierto que también puede conducir a la muerte, a la quietud definitiva para el individuo; pero al no quedar estática, detenida, al no mineralizarse, la enfermedad se hace una especulación transitoria del proceso y entonces ilumina el camino de la salud social, al permitir comprender el déficit histórico-social que la produjo, reconocer sus potencialidades contradictorias y ayudar a ejercer dicha potencia para volver a encontrar esa nueva etapa de la salud. La enfermedad aparece, así, como el emergente de un sistema histórico-social que tiene en su seno la capacidad transformadora que requiere el nuevo proceso que ella denuncia.

Por todo esto es que la medicina debe estructurarse como la ciencia de la salud que incluye el conocimiento de la enfermedad de las fuerzas económico-sociales y orgánicas que la generaron. Para esta ciencia la salud es la totalidad y la enfermedad en ella comprendida, una alternativa transitoria en la totalidad.

La atención de una realidad social

La enfermedad debe dejar de ser entendida como un fenómeno biológico exclusivamente y debe empezar a ser concebida como parte de la salud e integrada en el conocimiento que hace de la salud un fenómeno de la realidad social.

Podríamos parafrasear a Teilhard de Chardin expresando que dicho fenómeno social, esa interpretación totalizadora de la salud, es culminación y no atenuación del fenómeno biológico (Teilhard de Chardin, 1955). Lo incluye, abarcándolo e interrelacionándose, resulta su culminación en tanto se acepta a cada acontecimiento vital, en toda la extensión de lo biológico, como un interminable juego de relaciones en las que el ser social y sus grupos inscriben sus correlatos con la naturaleza, con la cultura, con la técnica, en fin, con el trabajo que formaliza su condición de género humano.

En estas relaciones sociales que surgen del proceso productivo está la esencia del proceso histórico-social que define la realidad de la salud. Este fenómeno histórico-social aparece como un definido tipo de realidad, precisamente equiparado a lo orgánico, a la realidad orgánica. Lo social es una realidad tan concreta y verídica como la realidad orgánica e inorgánica; como la realidad del fenómeno biológico que está incluido como superación en la realidad social.

Por eso, con esta amplitud del objeto no conforma el criterio anterior de atención médica que desarrolla la técnica y la ciencia del fenómeno biológico y que involucra a la enfermedad. La salud como proceso histórico-social es más que esto: lo incluye y lo completa y por eso requiere para sí construir su concepción técnica, científica y también la formalización operativa de sus organismos y sus ejecutores.

En esta visualización, a la atención de la salud le son propios todos los acontecimientos de la sociedad, y no está interesada exclusivamente en gérmenes, bacterias, alimentos, disfunciones, carencias, excesos, etc. Su lucha no puede tener solo el marco

mezquino de mejorar o modificar la organización asistencial o eliminar o quebrar determinado germen, algún mecanismo fisiopatológico o alguna regla funcional.

La batalla principal ha cambiado de escenario y de actores. La salud no se logra solamente con vencer a esos enemigos, que no son más que simples agentes coadyuvantes de la realidad social. Por eso no hay salud, aunque se planteen transformaciones asistenciales, derrotemos una bacteria determinada o erradiquemos una epidemia. Cualquier modificación del sistema sanitario, aun aquella que lleve a la optimización más elocuente de su rendimiento y calidad, seguirá siendo una simple ampliación de la asistencia médica y nada más.

En la concepción moderna de la atención de la salud se acepta el acontecimiento sanitario como una totalidad incluida en la estructura social y entonces, además de buscar la optimización de los rendimientos y calidades de las funciones asistenciales, además de reconocer a todos los perfeccionamientos terapéuticos que puedan lograrse, no equivoca ni olvida a su enemigo, y al reconocerlo identifica las condiciones que surgen de la realidad social, del sistema productivo, como los elementos básicos, como la estructura determinante que es necesario transformar para alcanzar el óptimo vital que significa la salud.

No hay *revolución asistencial* ni tampoco *solución integral* por el perfeccionamiento del sistema sanitario o triunfo sobre la enfermedad por la *optimización de la asistencia médica*. Todas estas terapias apuntan a un enemigo que no existe o, cuando mucho, a una sola y pequeña parte del enemigo. Esa no es la batalla fundamental.

En realidad, el enemigo está más allá, es más grande, mucho más abarcativo y por ende más complejo, más difícil, mucho más enemigo. Se agranda, así, y se complejiza claramente la realidad problemática que es necesario enfrentar.

Esta ampliación del objeto, este desafortado crecimiento del enemigo nos hace comprender, tomar clara conciencia de las razones de tantos fracasos, del porqué de tanta muerte y enfermedad, postración y malestar.

El punto céntrico se ha trasladado del microbio a la sociedad; de la modificación patológica del mecanismo celular al entendimiento de las fuerzas y relaciones sociales; de las alteraciones íntimas del protoplasma, núcleos, cromosomas, membranas, nucleolos, a las relaciones de producción. Este es el cambio, rechazar el fetichismo del síntoma, de la enfermedad, para comprender la causalidad estructural que los genera.

Si el enfoque es racional y científico, la atención de la salud no ignorará las formas de presentación de esos fetichismos, no desconocerá lo genético, orgánico, biológico, mental, pero este reconocimiento no negará la causación básica, la comprensión de los fenómenos determinantes, aquellos de las relaciones sociales del sistema productivo y de la inserción de los grupos humanos en tal sistema.

Por eso hoy la medicina y su práctica en la atención de la salud, en la epidemiología, resulta una ciencia sociopolítica, enraizada en la historia del hombre y sus grupos sociales, abarcando el análisis concreto de las relaciones de producción que determinan las situaciones sociales, políticas, económicas, jurídicas, religiosas, culturales, que atentan o deterioran las posibilidades del bienestar de la población.



Foto: Florial Ferrara saludando a niños que regresaban del viaje a Mar del Plata, una iniciativa del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires. 17 de julio de 1973.

Fuente: Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar en Salud (CeDoPS), Instituto de Salud Colectiva. <https://tinyurl.com/4trwmdz8>.

Capítulo 3

Algunos aspectos de la atención de la salud

Ahora vamos a reparar en algunos otros aspectos de la atención de la salud, no sin antes expresar que el enfoque de causalidad estructural que incluye la idea de determinación compleja y combinada, como así también la significación del diálogo constante entre los elementos determinantes y sus determinados, debe acompañar siempre la conceptualización de este proceso de salud-enfermedad.

Esto constituye el marco referencial constante, porque de otra forma, al aislar determinados componentes, se simplifica el análisis y la interpretación de la realidad, y se cae en la interpretación errónea de la imputación causal simple, directa y por ende en creer que en la remoción o perfección eficiente de tal componente reside el mecanismo de superación de la patología enfocada.

Este reparo teórico-conceptual debe ser riguroso y permanente. La atención de la salud es un pedazo de la actividad social y de allí que se rija por las leyes que explican las relaciones sociales. Confundir sus alcances constituye un error que la medicina ha cometido durante largos siglos y es por ello que en buena medida aún sigue sin entender el papel real y concreto que en estos tiempos y en muchos lugares del mundo debería estar desempeñando. Un enfoque teórico erróneo o, mejor dicho, adaptado a los requerimientos de la sociedad competitiva arrastra a la medicina por un camino que no se ha mostrado apto para la solución de los más serios problemas sanitarios de las grandes mayorías en el mundo.

El rigor y la exigencia referidos obligan a ratificar el requerimiento esencial de la actividad de atención de la salud, en el sentido de comprenderla como un capítulo de la historia social y entender así que sus soluciones solo serán parciales, escasas y hasta ilusorias o fraudulentas si solo se refieren con exclusividad al campo sanitario. La salud-enfermedad es un componente del clima social de una comunidad; depende, está determinada por los elementos que componen dicho clima social, por el peso de estos, por la interrelación que dinámicamente se establece entre ellos a punto de partida de las relaciones de producción.

Es necesario retener a la salud como una resultante de la actividad social, de las relaciones sociales en las que incurre cada comunidad ante su esquema productivo, y no creer en el aislamiento del hecho sanitario ni en su potencialidad exclusiva o propia.

La atención de la salud no tiene historia personal, es una consecuencia de la realidad social, depende de ella y es a esa realidad social a la que hay que enfrentar cuando se quiere actuar, modificar, transformar la atención de la salud.

Por todo ello, para comprender la salud-enfermedad, hay que reconocer a la sociedad; la salud-enfermedad aislada, como conocimiento o realidad, no existe; es la consecuencia de las relaciones sociales que en un sistema productivo se generan. Así y solo así puede actuarse eficazmente en el campo sanitario, dado que el enemigo, hasta ahora identificado como la enfermedad, la patología, no es tal, sino la estructura social que la genera.

La salud--enfermedad son los síntomas comunitarios, los síntomas expresados a nivel de los individuos y sus grupos sociales, del comportamiento de esa sociedad y el sistema productivo que le es propio. La salud-enfermedad es el resultante de una manera de existir, aquella que solo hizo posible el puesto que alcanzó el hombre y su clase social en el sistema productivo en el reparto de la riqueza social, en los intereses históricos que le otorgan esa inserción y la posibilidad de afirmarse unitaria y colectivamente para resolver dichos intereses.

En este entendimiento resulta insólito pensar a la salud-enfermedad como el resultado exclusivo de la relación del hombre con los microbios o con los demás hombres. Importan, además de la interacción de los factores objetivos, subjetivos, biológicos, las condiciones sociales en las que se ejecuta el sistema productor de la riqueza, su distribución social y las relaciones de los individuos y sus grupos con el trabajo cotidiano.

Este es el ensanche del espectro de la medicina contemporánea que tiene que abarcar el campo político.

La medicina es también una ciencia política porque la salud-enfermedad no es ajena a las vertientes sociales, al juego de las relaciones sociales, y por eso no es ajena a la política.

La salud--enfermedad procede de situaciones sociales que deben ser interpretadas cabalmente, si también se las enfoca con el conocimiento político, aquel que observa a la medicina como una actividad política y a los médicos y sus colaboradores como piezas esenciales en la distribución del poder social; a la miseria y a la riqueza como dispensadores etiopatogénicos de la salud-enfermedad; en fin, a las relaciones productivas y las situaciones sociales que de ella nacen y se mantienen como el pivote sobre el cual y por el cual pueden ser comprensibles tales atributos de salud-enfermedad.

La medicina tradicional ha utilizado el fetichismo de los microbios y su patogenicidad, de los factores ambientales y la morbilidad, así como del estrés y sus condiciones de noxas enfermantes, como una manera también envolvente para esconder la realidad. Siguen pensando en disfraces para evitar el conocimiento real y concreto de las situaciones patógenas. Siguen pensando en fetiches para ocultar a la realidad cierta que determina el estado de enfermedad en las comunidades.

Al ofrecer el síntoma y no la causa, una forma antigua del fetichismo se intenta cumplir con el destino histórico de aquel criollo animalito de nuestras pampas, el sobrio y gris teru-teru, cuyo grito histérico y salvaje, lejos de la nidada, solo esconde la verdad histórica. Esta, como la nidada de los teros, también está en otra parte.

Los grupos sociales: El individuo

Siguiendo un esquema clásico, la comunidad y los grupos sociales constituyen *el huésped* de la atención de la salud y su estudio nos permitirá reconocer algunos aspectos destacados de su participación en la complejidad del sistema social.

Es bien sabido que han sido múltiples los factores que se han acumulado para intentar el conocimiento de la población con referencia a sus requerimientos de atención de la salud, aunque solo sirvan para desembarcar ineludiblemente en la estructura determinante de esas exigencias.

Así, se puede mencionar, como lo hacen los autores tradicionales, el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación, las migraciones, la educación, la natalidad, las creencias, la distribución geográfica, la participación en el ingreso nacional y aun aquello que en los últimos años comienza a insinuarse bajo la genérica e imprecisa denominación de “participación comunitaria” y que hoy en la epidemiología social debe involucrarse bajo el concepto preciso y necesario de clase social.

Resulta fácil comprobar que en los trabajos más frecuentes y, diríase, casi predominantes los factores mencionados se refieren casi en exclusividad a aquellos que solo describen a la población por sus variables demográficas, apenas descriptivas del individuo que la compone. Las investigaciones oficiales y aun las que utilizan los sistemas educacionales ven en tales variables los factores suficientes para el conocimiento de la atención médica.

Estos elementos solo resultan útiles para una descripción aséptica y también ineficaz de la atención de la salud. Se relaciona su utilización exclusiva o preferencial con una ideología operativa que prima en este campo y que ha sido y continúa siendo presentada por sus cultores como la *posición técnica* por excelencia. Se trata, dicen, de reconocer y medir los factores intervinientes en el proceso, sin teñirlos de tendencias ni de colores ideológicos; simplemente es necesario reconocer los argumentos técnicos de la atención médica.

Estos cultores así lo han hecho y lo siguen haciendo, mostrando con ello una definida ideología al servicio de los factores que, detentando el poder político, social, económico, cultural y jurídico, y ocultando el vector determinante esencial, inscriben una clara estrategia tendiente a asegurar la permanencia de la causalidad que domina la escena sanitaria. Esta elección de los factores intervinientes define a quién los selecciona, tanto para reconocerlos con su análisis como para establecer la relación de estos elementos como información insuficiente y dilatoria (Sonis & Paganini, 1972, pp. 261-352).

Con esta selección de las variables descriptivas y simples, directas, vuelve a mostrarse el compromiso del aparato del poder, secundado por sus técnicas, para mantener el estado que les otorga el poder. Solo se permite cuestionar las variables secundarias, apenas importantes para el hecho central.

Es cierto que la edad, el sexo, el estado civil, el tamaño de la población, la natalidad, el nivel educacional y aun la ocupación tienen influencia en el proceso salud-enfermedad —algunos factores más que otros— y no deben en consecuencia recriminarse los esfuerzos que se hagan para su conocimiento, pero al constituir

elementos de menor peso específico y, como tales, de menor compromiso con las transformaciones exigibles, su elección forma parte, al hacérsela como primordial y básica, de los mecanismos puestos en práctica para satisfacer especulaciones técnicas y metodológicas y reducir en forma elocuente el campo de comprensión del proceso determinante de la salud-enfermedad.

Además, y quizás esto es lo más importante, al desconocer la existencia de las diferencias sociales frente a la salud-enfermedad, al pregonarse arbitraria e infundadamente la igualdad frente a las necesidades y los requerimientos, este enfoque, que elude las diferencias concretas y ciertas, sirve para disimular la realidad. Más aún, olvida remarcar la ubicación competitiva del sector salud, que se encuentra regido por las exigencias del mercado, que es el que orienta y define las metas del sector, y así no tiene en cuenta realmente las dimensiones de las necesidades sociales, disfrazadas con el concepto teórico de la necesidad individual.

La población definida así por los técnicos tradicionales, con estas variables que hacen a la descripción del individuo, solo es un término cuantitativo de la ecuación, rígido, limitado, sin variaciones ni asperezas, perfilado según el esquema que se necesita para seguir manteniendo la realidad tal cual es. Cuando mucho solo se atreverá a cambiar algunos de estos factores para que nada cambie.

Es también cierto que las transformaciones necesarias no dependen del conocimiento meticuloso de una variable o factor de riesgo, pero es evidente que cuando todo el aparato oficial en la sociedad competitiva, el del sector sanitario, el educacional, el político, el económico, dirigen sus esfuerzos a ensombrecer el reconocimiento de la realidad, contribuyen de manera significativa al estado actual de las circunstancias, sin ni siquiera ponerlas auténticamente en cuestión.

Lo cierto es que la historia muestra que el sistema sabe con claridad cuáles son los datos de la realidad que menos comprometen su estabilidad. Así ha definido los capítulos de estudio en los sistemas nacionales de información; las variables a recoger y considerar; así ha utilizado y utiliza esa información no inquietante en la formación de los recursos humanos del sector, en las escuelas de medicina y estudios conexos; así, en fin, dispone de ese caudal de datos no comprometidos con la realidad última de las relaciones sociales, para planificar y ejecutar sus acciones que sostengan a la medicina exigida por esa sociedad del lucro y competencia.

No obstante, así y todo, la información sanitaria, aun aquella simple y directa, la de las variables más asépticas, contiene en su seno cierta carga peligrosa, y aunque las transformaciones profundas no dependan del conocimiento de una variable más, su reconocimiento suele ser un síntoma contribuyente al proceso de transformación que modifique de raíz esa realidad determinante.

Por eso nos interesan como componentes de los circuitos internos, cuyo funcionamiento produce como resultado final el conocimiento del estado de salud-enfermedad y del sistema que lo atiende. En este momento esos circuitos hacen al esclarecimiento de las necesidades en atención de la salud que tienen los grupos sociales y a la utilización de los servicios y recursos disponibles o posibles.

La necesidad en la atención de la salud

Aun en los estudios conocidos como “de significación” en la última década sobre este particular resulta fácil agrupar a sus autores dentro de la denominación de “tradicionales”, en la medida que sus posturas sirven para comprenderlos como parte de los técnicos que ocultan debajo de una pretendida precisión científica su consciente o inconsciente postura de evitar modificaciones al sistema social. Para ello, estos autores especulan con una descripción, a veces impecable, a veces apenas inteligente, con las variables directas, tendiendo a mostrar solo parte de la verdad.

En general, al agrupar esos factores suelen expresar que la necesidad en atención médica es un complejo problema que involucra múltiples vectores. Esta multicausalidad desdibuja la propia explicación de los autores, y así, al dividirlos en médicas y sociales, estos suelen quedar atrapados en descripciones insuficientes y en todo caso solo débiles e incompletas, particularmente cuando se trata de darle exactitud al concepto de los factores sociales (Sonis & Paganini, 1972, pp. 261-352; Anderson, 1973, pp. 579-591; Mahler, 1981, pp. 5-25; Fox & Biee, 1979, p. 714; Kleinsman *et al.*, 1981).

Es común en estos enfoques que se llamen “factores sociales” a todos aquellos que no tienen referencia directa con la morbilidad, restringiendo ingenuamente el alcance de los factores sociales a simples elementos diferentes de las situaciones patológicas. Esta misma calificación es válida cuando utilizan niveles ocupacionales o niveles de ingreso, porque la condición de la relación social es de esta forma simplificada a un síntoma de esta. La remoción de este síntoma no transforma la estructura social determinante.

La epidemiología tradicional, debajo de estas ideas restringidas o simplificadas de los factores sociales así tratados, muestra una incapacidad evidente para comprender todo aquello que integra científicamente este capítulo de la atención de la salud, ignorando la situación real que provoca las dimensiones de la necesidad de los grupos sociales ante la salud-enfermedad.

Para seguir un ordenamiento lógico en estas ideas de percepción, necesidad y utilización de la atención de la salud por la población, es posible apoyarse en un esquema didáctico como el que sigue, siempre que se proyecte sobre él las puestas a punto con la realidad social.

Atención de la salud: Población	
Percepción del estado de salud.	
Percepción de necesidad de atención.	No percepción de necesidad de atención.
Percepción del valor de uso de los recursos. Accesibilidad.	No percepción del valor de uso de los recursos. Rechazos. Inaccesibilidad.
Demanda de atención de la salud.	No demanda de atención de la salud.
Utilización de los recursos.	No utilización de los recursos.

Fuente: Modificación del modelo Kalino (1969).

La población pone en marcha este complicado mecanismo de la atención de la salud a punto de partida de la *percepción de su estado de salud*.

Al detenernos un segundo en este punto del modelo es necesario reconocer las tonalidades que le otorgan a la percepción los autores tradicionales. Tal percepción del estado de salud es una estimación subjetiva de cada individuo sobre la que presionan situaciones, elementos personales, factores heredados, familiares y culturales, que es imprescindible complementarlos con el peso incuestionable que tiene sobre ese individuo el sistema productivo al que se encuentra adherido.

Es cierto, se trata en lo personal de una percepción subjetiva, pero el esquema de referencia de cada individuo, la parte individual de la percepción, se esculpe cotidianamente en el puesto que sus antepasados y él mismo ocuparon y ocupan en el sistema de creación de la riqueza social.

Ese puesto modeló determinado esquema, distintos niveles de tolerancia al dolor y los malestares, diferente capacidad de sufrimiento y resistencia, de conocimientos y temores, que son parte de las fuerzas que se ponen en movimiento para identificar el estado de salud.

Esta subjetividad es también una consecuencia concreta del punto en el que se encontró y se encuentra el ser concreto a que se refiere la indagación, es decir el puesto que tiene en las relaciones sociales de la producción, que al fijar las formas de repartición de esa riqueza social nos remite a la distribución de esos individuos, de esos hombres concretos, en *clases sociales*, que pasan a ser los verdaderos sujetos de la percepción de la salud.

Por eso, la percepción directa, individual, simple del estado de salud debe ser interpretada como el mismo esfuerzo antropológico que solo reconoce en parte el camino de la realidad perceptiva de la salud-enfermedad.

Pero sigamos con el otro paso esquemático, que va a construir aún más el concepto histórico-social del estado de salud-enfermedad. A partir de esa percepción, los autores tradicionales expresan que los individuos percibirán la *necesidad* de buscar la atención médica para su situación.

Aquí la percepción se transforma en necesidad de atención, movida por la percepción de malestar o de enfermedad o aun sin tales percepciones y acopladas al conocimiento de los recursos posibles.

Una vez más debe reconocerse que las necesidades de salud deben identificarse como elementos histórico-sociales, como datos generados por la realidad, por las relaciones que genera el sistema productivo y nunca como datos absolutos, incontaminados y libres de determinaciones e influencias; o en otros casos, solo teñidos por algunas situaciones individuales o aun espirituales que terminan por caracterizar la atención de la salud como un capítulo incompleto de una técnica singular, personalizada, que oscurece la comprensión cierta de estos hechos.

Además, y en cuanto resulte de exigencia una delimitación más exacta de las necesidades de salud, deben recordarse que estas no son un simple listado de aspiraciones o motivaciones afectivas o requerimientos por problemas anátomo-funcionales surgidos de individuos libres y aislados, cuando más impulsados por la cultura, como dicen los defensores de las ideas psicoantropológicas.

Este listado de necesidades de consumo, que hace aparecer a los requerimientos de salud como exigencias posibles de los individuos, solo responde a la idea de imponerlo en lugar de la relación social, que es su determinante. Con ello se ve claro que todo el esfuerzo de estos autores oficiales de la atención de la salud de la sociedad competitiva se dirige a responder por cada necesidad, buscar soluciones inmediatas ante cada exigencia, aplacar cada síntoma y signo para, así, evitar la modificación de esas relaciones sociales que son la causa estructural de esas necesidades.

Una vez más la caracterización definida de la causa determinante nos lleva a la distribución de los hombres en clases sociales.

Las verdaderas necesidades de atención de la salud, aquellas que experimentan las clases sociales implicadas en el sistema productivo, requieren respuestas reducibles a hechos concretos, no definibles ni enmarcables por la naturaleza humana, individual y personal, como quieren simplificarla aquellos modelos sanitarios que, sostenidos en la concepción de la medicina competitiva, lucrativa e idealista, insisten en métodos y técnicas por lo menos incompletas e inadecuadas. Entre ellas se enumeran el mejoramiento de la eficacia de los servicios, el incremento de la calidad del sistema, la purificación de la relación paciente-médico, la extensión de la cobertura, etc.

La atención de la salud que enfoca así las necesidades de los grupos sociales y que en definitiva solo ejercita acciones dirigidas al proceso de garantizar la integridad o la eficacia de la fuerza de trabajo, al concebir estas necesidades como requerimientos personales, no actúa como fuerza transformadora, porque para operar así debe actuar sobre el conjunto del sistema productivo para desterrar la patología que generan esas relaciones de producción.

En realidad, las necesidades de salud no son solo demandas biológicas o espirituales; ni la naturaleza de los individuos, sean pacientes o sean médicos, ni la singularización de determinadas características personales de ambos son responsables de las necesidades de atención de la salud o de los niveles de utilización. Apenas si las influyen en el reconocimiento de las causas últimas, determinantes de ellas.

También las necesidades de salud, como las demás necesidades de la sociedad, están marcadas por las capacidades sociales que tiene esa población y sus relaciones efectivas de funcionamiento, así como por la cantidad y calidad de los elementos disponibles de la oferta de bienes y servicios de salud, que son el resultado de la ecuación técnico-científica a la que da lugar la producción de esa comunidad.

Importa reconocer desde este momento que esos recursos de salud, creados y sostenidos por determinada concepción de la propiedad, no solamente producen los elementos de uso que se requieren para satisfacer las necesidades de la población, sino que también provocan e inducen el modo y la dimensión del consumo, su elección específica, las tendencias del gasto, sus prioridades, la elección de sus destinatarios, y hasta imprimen las fórmulas que sirven para acrecentar el deseo y las exigencias de sus productos, decidiendo en buena medida la dimensión de la necesidad de bienes y servicios sanitarios y consolidando fielmente la concepción social a la que se deben.

Si reparamos en los mecanismos de satisfacción de las necesidades de atención de la salud, comprobaremos que no obedecen, como superficialmente se las hace

aparecer, al producto del deseo del consumo individual en un mercado de libre oferta y demanda; no se trata de prolijas necesidades individuales que aparecen puras y limpias como consecuencia de las percepciones del estado de salud, aun más puras y limpiamente producidas en la subjetividad de cada individuo.

Se trata, como se ha dicho, de complejas situaciones de expresión polivalente diagramadas celosamente por las fuerzas productivas y definidas conforme el sitio que cada necesitado tiene en el esquema social resultante del juego de dichas fuerzas productivas.

Cuando nos referimos a las fuerzas productivas estamos indicando aquellos elementos que contribuyen a la producción total de bienes, que también incluye a los específicamente requeridos por el sector sanitario. Es lo mismo que indicar para la salud, primero, todos los mecanismos que se ejecutan para lograr servicios, plantas físicas, equipamiento, recursos humanos, medicamentos, modelos de atención, es decir el proceso para transformar los insumos básicos en bienes de uso sanitario. Segundo, es como indicar las condiciones sociales a que da lugar siempre esa producción y que tiene en nuestra sociedad una nítida intención lucrativa y especulativa, con la característica de que agrega a la necesidad local de ganancias una idea particularmente cruenta para el sector, que es la sumatoria de las ganancias exigidas por las casas matrices como tales y esa moderna apropiación despiadada que ellas mismas ejecutan debajo del cautiverio a que someten a sus filiales bajo el nombre de patentes, *royalties*, marcas o, con mayor espejismo, costo de la transferencia de tecnología.

En resumen, las condiciones concretas de producción, lucro, remesas al exterior, condiciones de salarios e ingresos, la situación de cada uno en el sistema, constituyen las razones determinantes de las necesidades de atención de la salud.

Es entonces comprensible que esa resultante, esa conducta personal y de la población, esa fórmula que utilizan los grupos sociales frente a los servicios sanitarios, esté directamente sometida a la función que esos grupos desempeñan en el esquema social. Desde ese puesto en el proceso productivo, se van construyendo los patrones de conducta ante el sistema global, y obviamente agregarán sus resultados a aquellos que se están gestando desde la necesidad de atención de la salud, que también tiene que ser entendida como la consecuencia de las formas de producción y las relaciones sociales resultantes. De esta sumatoria surge la demanda de bienes y servicios sanitarios.

Al concepto de percepción de necesidades de atención de la salud (al que será conveniente encontrarle otra designación y que no debe ser identificado ni sustituido por el de morbilidad) se le aparea esta reacción social que resulta de la experiencia de los grupos sociales con los servicios de salud y que se ha designado como “percepción del valor de uso del recurso” (Haro, 1973, p. 49). Ya se ha dicho que el sistema productivo no solamente produce esos *valores de uso* del sector salud, sino también su modo de uso y hasta la aptencia cualitativa y cuantitativa de ellos.

La búsqueda de los valores de uso del sector, que desemboca en su demanda, su utilización y su consumo, como dicen los economistas, nos remite a la obligación de comprender con algún detalle los mecanismos que hacen posible la producción

de esos bienes y servicios, así como el modelo social a que da lugar la fórmula productiva que los genera y que, en definitiva, es la que se responsabiliza de la distribución de la población en los grupos sociales que desde hace más de 150 años se los denomina clases sociales.

Una vez más la hondura de la conceptualización de la percepción del valor de uso de los recursos, de la demanda, de la utilización de ellos nos remite claramente al conocimiento de las clases sociales, que aparecen como la categoría insoslayable para el reconocimiento del proceso salud-enfermedad, al tiempo que constituyen la palanca esencial para cualquier modificación profunda que sobre el particular debe elaborarse.

Los conceptos de percepción del valor de uso, demanda, utilización de bienes y servicios son entonces conceptos históricos que hacen a la experiencia acumulada por los grupos sociales, en este caso frente a las posibilidades del consumo sanitario, que será distinto para cada clase y también para cada país y región, según su propia historia social y las cadencias específicas de cada caso, unidas al desarrollo productivo que le otorga niveles diferenciados para percibir, demandar y utilizar esos valores sanitarios.

Resultaría oportuno agregarle algunos elementos pormenorizados al estudio de estos pasos del modelo de atención de la salud a partir de la percepción del valor de uso de aquellos, sacándolos del aislamiento a que los han sometido los autores tradicionales y uniéndolos, en cambio, a las relaciones sociales que nos permitan su comprensión más precisa.

Uno de los elementos es la idea de accesibilidad, enfocada según esta conceptualización del proceso sanitario.



Foto: Florial Ferrara dando clases en el Consejo de Recuperación del Discapacitado Cardíaco (CORDIC).
Fuente: Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar
en Salud (CeDoPS), Instituto de Salud Colectiva. <https://tinyurl.com/4trwmdz8>.

Capítulo 4

Concepto de accesibilidad

Como su nombre lo dice, se trata de comprender el grado de acceso, de facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud.

Los trabajos clásicos enseñan cuatro formas de la accesibilidad, que, como se irá expresando, son fácilmente reducibles por la influencia inequívoca de la estructura social determinante, al alcance esencial que esta define, con motivo de las relaciones sociales resultantes.

Se trata de la accesibilidad geográfica, cultural, jurídica y económica, a las cuales les hemos agregado la accesibilidad administrativa.

Accesibilidad geográfica

Esta accesibilidad se mide por la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según sea la distancia que la separa y las dificultades para llegar a ellos. Esta medida práctica se da en tiempo o en distancia media entre población y recurso.

Como puede apreciarse, esta accesibilidad geográfica modificará el signo de la percepción del valor de uso de los recursos, según sea la facilidad en tiempo o distancia que otorgue a quienes los requieran, pero se halla a su vez influenciada por múltiples factores que van más allá de tales limitantes.

La teoría empírica dice que para servicios de emergencia debe lograrse una gran accesibilidad; que cuanto menor sea la complejidad de los recursos, más fácil debería ser el acceso a ellos. Vale decir que tales recursos deben estar ampliamente distribuidos y, por el contrario, cuanto mayor sea la complejidad del recurso, más se requeriría su concentración y con ello, lógicamente, se debilitaría o disminuiría la accesibilidad geográfica.

Dejemos fijos estos conceptos y simulémoslos como incontaminables, sin posibilidades de ser influenciados por otros factores.

La población se asienta en determinado lugar geográfico; generalmente los que más necesitan de los bienes y servicios sanitarios son aquellos que menos han podido elegir su destino geográfico. Habitan donde pueden y precisamente allí es donde no están o están muy lejos los recursos de salud. Esta es la experiencia histórica más clara y terminante.

Los que dispusieron a su vez la ubicación geográfica de los recursos no fueron precisamente los grupos sociales que más los necesitarían. De allí pueden explicarse

en todo el continente los problemas de inaccesibilidad geográfica que padecen las clases sociales necesitadas.

También la accesibilidad geográfica es una consecuencia de la estructura social y por ende de la existencia de las clases sociales dominantes. Por eso, aunque dejemos los recursos donde están situados y aun aislándolos de los demás factores, como puede simularse, se comprende la estrecha dependencia con el puesto de cada individuo y su grupo social en el sistema productivo y en el nivel de la distribución de la riqueza.

El tiempo y la distancia que mide en los estudios tradicionales la accesibilidad geográfica son en última instancia, en la sociedad competitiva, una mercancía y por lo tanto tienen un valor económico que puede ser pagado por quien posea esa facilidad para adquirirla.

Puede a su vez enfocarse este concepto de accesibilidad geográfica contaminándolo con elementos de la realidad cotidiana. Por ejemplo, con la morbilidad, la cobertura, la comodidad, la complejidad de la prestación, el recurso humano actuante. Y se puede observar cómo se deforma ese concepto y se contribuye especialmente a reelaborar su comprensión en el marco de la estructura determinante una vez más.

Al mirar las causas de morbilidad que obligan a la utilización del recurso, se comprueba que, a mayor complejidad del cuadro patológico percibido o detectado, menor significación tiene la accesibilidad geográfica.

Este elemento hace menos nítida la relación entre la percepción del valor de uso y la facilidad de tiempo y distancia que involucra la accesibilidad geográfica. Esta misma situación se produce frente a una emergencia de salud.

Es conveniente, a su vez, no perder de vista el papel que juega el servicio médico, particularmente en las primeras consultas, en detectar el significado de la morbilidad en curso, para de esta manera introducir una variante más con relación a la enfermedad y la elección del servicio sanitario. Tampoco por este atajo aparece la accesibilidad geográfica como detalle inexcusable.

En estos casos, como en los demás que pueden pensarse, ejercitan una presión insalvable las condiciones socioeconómicas de los grupos que requieren de atención, que tienen cada vez más a este factor de la accesibilidad geográfica.

Al referirnos a la cobertura del riesgo de enfermar, puede observarse que tanto en la utilización de recursos de baja complejidad como especialmente en los de alta complejidad la accesibilidad geográfica está fuertemente supeditada a tal cobertura.

Esto equivale a decir que los pacientes con cobertura económica previa para la salud por algún sistema de seguro, de obras sociales, mutuales o previsionales frecuentemente deben dejar de lado la proximidad geográfica con servicios de atención médica cercanos a sus domicilios o a sus lugares de trabajo para utilizar aquellos que forman parte del sistema al cual se encuentran afiliados (Paganini & Mateo, 1975). La relación con las condiciones económicas determinantes de este uso resulta casi obvia.

También se ha pensado en el significado que adquieren determinadas comodidades para el acceso a los servicios de salud. Así, se mencionan como influyendo

sobre la accesibilidad geográfica la comodidad que puede brindar determinada vía de acceso o medio de comunicación, que a veces se mide también en tiempo y se puede identificar con la distancia, ambos fácilmente reducibles a la categoría económico-social.

En otros casos la comodidad se la mide por el confort del medio de transporte que resuelve tiempo y espacio, pero también aquí estas comodidades se traducen en valores económicos que empalidecen la significación teórica y simple de la accesibilidad geográfica en sí misma.

Enfoquemos ahora la influencia que puede brindar la complejidad de los bienes o servicios demandados. El razonamiento puede acompañar al que se hace al mencionar la morbilidad padecida, pero en este caso la observación se efectúa desde el punto de vista del recurso requerido.

Es fácil comprender que bajo ciertas condiciones la complejidad de la prestación necesaria hace inexistente la influencia de la accesibilidad geográfica.

Los grupos sociales irán en busca del servicio imprescindible, si están en condiciones de solventarlo o recibirlo, sin tener en cuenta tiempo y distancia, porque en este caso la percepción del valor de uso del servicio está directamente influida por esa necesidad, siempre (repetimos) que se cuente con la perspectiva económica de su adquisición. Si no cuenta con tal posibilidad, tampoco influye la accesibilidad geográfica, porque directamente dichas clases sociales necesitadas ni siquiera intentan acceder.

Como se ve una vez más, por encima del acceso geográfico pesa la exigencia de la cobertura que tiene el grupo social por sus medios económicos o por las facilidades que le brinda el sistema previsional al que se encuentra adherido. En ambos casos la accesibilidad geográfica deja paso a la inserción económico-social del grupo social demandante.

Puede detenerse nuestro razonamiento en la influencia que ejercita la utilización del médico de confianza ante esta variable de la accesibilidad geográfica, sobre todo porque se menciona el papel preponderante de la demanda del médico de confianza por sobre los tiempos y distancias para acceder a él.

Puede señalarse de antemano que tal influencia es, por otra parte, mucho menos significativa de lo que se supone, a pesar de la intensidad con que se la asigna a determinados grupos sociales, que buscan la atención de su médico de confianza salvando tiempo y distancia.

Los sistemas de seguridad social, así como la institucionalización de los servicios de salud, acompañados por la movilidad migratoria de la población (incluyendo a los médicos), debilitan la persistencia en la búsqueda del médico de cabecera. También influyen sobre esta circunstancia la creciente especialización de la medicina y sustancialmente la dificultad económica que significa mantener un recurso de tal capacitación, y por eso han modificado a ese tipo de medicina por otras formas de atención médica particularmente unidas al incremento de la composición de las inversiones de capital y de concentración del poder sanitario.

La evolución económico-social dicta este traspaso del médico de cabecera hacia el modelo sanitario institucionalizado y con claras determinaciones competitivas.

En estas condiciones resulta cierta, solo para muy especiales circunstancias, la búsqueda del médico de confianza, que puede disminuir la significación de los factores determinantes. Para ello, debe pertenecerse a los grupos sociales que ejercitan el poder comunitario o son parte importante de él.

En los otros casos, la elección del médico personal se está perdiendo en los tramos históricos que señalan estos cambios de modelo sanitario.

De todas formas, para unos porque tienen la capacidad de adquirirlos y para otros porque ni la tienen ni la tendrán, la exigencia del médico de cabecera resulta una variante de la atención médica en retirada, pero en todo caso siempre influenciada por las variables económicas.

Así se constata una vez más que la accesibilidad geográfica mirada desde este ángulo tiene también una relativización grosera, según sea la inserción del grupo social que se considera en el sistema productivo de tal sociedad.

En resumen, la accesibilidad geográfica para con los bienes y servicios de salud se encuentra especialmente determinada por las condiciones que dicta la pertenencia a determinada clase social, sea cual fuere la variable sanitaria desde la que se la enfoque.

En tales condiciones, cuando en los estudios tradicionales se señala a la accesibilidad geográfica como una variable a tener en cuenta porque el tiempo y la distancia que ella significa interceden alterando la posibilidad de recurrir a esos bienes y servicios sanitarios, en la casi totalidad de los casos resulta insoslayable la referencia a las condiciones de la estructura socioeconómica en las que se desarrolla la clase social considerada. De otro modo, el enfoque es solo parcial, cuando no interesado, por más técnico y científico que aparezca tratado.

Accesibilidad cultural

Se incluyen dentro de este aspecto, qué de la percepción del valor de uso de los bienes y servicios de salud tiene la población, los elementos de la cultura, de la psicología y de las relaciones sociales, que involucran la conducta de los grupos sociales frente a sus requerimientos de salud.

Buena parte de los componentes que deben entenderse dentro de esta accesibilidad cultural puede circunscribirse al análisis de la *relación paciente-médico*.

Se trata de buscar claridad en los mecanismos profundos y en la razón certera de este encuentro interpersonal, que pone en contacto una historia individual y social de un paciente, integrante de una clase social, y la del médico, que también integra otro grupo social.

También debe repararse en que dicho encuentro sucede en el centro de un proceso que tiene su propia dimensión e historia social. Por eso es que debe manifestarse que toda relación paciente-médico es el producto de la suma de acontecimientos que le han ocurrido a la sociedad en que tiene lugar esa relación y de la cual ambas partes son constituyentes, según una modalidad que le es propia, conforme su capacidad de intervención en la producción total de esa sociedad.

La relación paciente-médico aparece como una relación interpersonal, pero resulta la concreción de una ecuación de múltiples factores que le dictan el sentido de la relación. No hay entonces relación paciente-médico única ni exclusiva. No es el producto del encuentro puro y sin influencias de dos seres que se entienden o reconocen en un circuito cerrado y únicamente dispuesto por ellos.

La relación paciente-médico es una relación social y cuando se la reduce a una entrevista bipersonal, a una relación *diádica* estrecha y limitada a dos seres o, como dicen otros, *cuasi-diádica*, “enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud que se consume como relación entre dos personas” (Lain Entralgo, 1964, pp. 241-243), entonces se cometen varios errores conceptuales juntos. Estos errores, además de restringir la propia capacidad terapéutica que tiene en sí misma una relación social interpretada y ejercida en el seno de su complejidad y alcance, forman parte sustancial de las razones de la demora de la ciencia médica tradicional en encontrar los caminos válidos para solucionar los grandes problemas de salud actuales.

Planteadas la relación paciente-médico como un acto de comunión o de entendimiento bipersonal, sus resultados, cuando más, solo enfocan aspectos parciales del problema demandado, intentando incidir terapéuticamente sobre acontecimientos cuya veracidad y razón de ser, como siempre sucede con los hechos sociales, están en otra parte, tienen otras causas determinantes.

Al recluir la relación paciente-médico en una situación cerrada, la medicina que así lo hace restringe su práctica y su teoría y es entonces cuando se la ve utilizada como *tranquilizante social* realizando alguna limitada terapéutica para evitarse así intervenir en la terapéutica total a la que está obligada y que en cada caso así se le requiere.

Esa relación paciente-médico como acontecimiento social existe, se realiza cotidianamente y en su seno se producen algunos aspectos que definen la accesibilidad cultural.

Es indispensable que dicha relación se nutra con un diálogo, cuyo texto, los componentes del discurso, están dados por la precisión del vocabulario de las partes intervinientes, y es fácil comprender que se encuentren condicionados por la estructura social a la que pertenecen sus integrantes. El discurso es también una resultante de las clases sociales de los integrantes de esta relación paciente-médico.

En este detalle comienza a diferenciarse nítidamente la relación, que se hace difícil y hasta incomprensible cuanto más asimétricas son las resultantes culturales de los miembros de la relación.

La comunicación requerida y resultante define diferentes culturas y esa accesibilidad depende una vez más del nivel social y ella no constituye por sí misma ninguna construcción capaz de alterarse. Solo se consiguen modificaciones si se modifican las relaciones sociales que le dieron origen.

La accesibilidad cultural, determinada por la situación social en la que se da la relación paciente-médico, también se nutre de las diferencias psicológicas que entraña el encuentro.

En ellas el médico aparece como ejerciendo una autoridad que difícilmente esté dispuesto a ceder por su propia condición y extracción social. El paciente en tanto, en su condición de enfermo, doliente, tiene asignada en la relación paciente-médico una situación de dependencia que ratifica la condición asimétrica del encuentro.

Las condiciones sociales en las que han crecido las historias individuales y grupales de médicos y pacientes forjaron esas asimetrías como una manera clara de distribuir el poder social, conforme la razón productiva de este y como una exigencia más para reafirmar la situación general en la que se expresa la sociedad.

Las diferencias culturales y psicológicas son una consecuencia inevitable de las relaciones sociales del universo donde se producen esas relaciones paciente-médico y las dificultades que acarrearán para el avance de la medicina obligan a una celosa y precisa identificación para no confundir su terapéutica.

Por múltiples mecanismos se han intentado modificar las asimetrías enunciadas, pero la situación sigue siendo básicamente asimétrica e injusta porque se encuentran enraizadas y sometidas por las condiciones emergentes de las relaciones sociales, y la transformación de estas relaciones sociales es la única posibilidad de transformar esas asimetrías. Como si se tratara de una figura que proyecta un espejo, sobre el cual incide la relación paciente-médico, las organizaciones profesionales señalan a *la libre elección del médico*, como un componente inmediatamente ligado a la accesibilidad cultural y como un condicionante de tal relación.

La libertad de elección del facultativo aparece como dirigida a brindar argumentos para defender una eficaz relación paciente-médico que agrande las perspectivas de la accesibilidad cultural. Para ello se exige que el paciente tenga libertad de seleccionar al médico y este, a la recíproca, aceptar la elección, desarrollar el acto profesional y extender la libertad hasta la culminación en la *libertad terapéutica* sin ataduras de ninguna clase.

No es difícil encontrar en ambos mitos de la medicina liberal, de la sociedad competitiva, influencias ineludibles del libre juego de la oferta y la demanda que defiende con tanto énfasis la doctrina de la libertad del mercado. En realidad, ambas circunstancias forman parte en el sector sanitario de la doctrina global que la sociedad capitalista ha construido para su desarrollo.

No es sorprendente tampoco reconocer que quienes defienden esta doctrina en el campo sanitario frecuentemente o siempre olvidan preguntarse con qué medios debe contar un gran sector de la humanidad o las clases sociales desprovistas de recursos de nuestro medio, de los recursos elementales de supervivencia, para ejercer la libre elección del médico o de los servicios de atención de la salud y elegir así una mercancía que, como esos bienes y servicios, es tan cara y escasa.

Ya volveremos sobre *la libertad terapéutica* que aparece como la culminación de la libre elección del médico, en la defensa de esta accesibilidad a los bienes y servicios sanitarios sin fronteras. Ya volveremos para mostrar que de esta manera lo que se ha logrado consiste en fortalecer a la industria farmacéutica, particularmente multinacional, cuyas características lucrativas y competitivas nadie desconoce y cuyos proyectos obedecen en todos los casos a sus requerimientos de mayores ganancias, como una consecuencia inevitable de su condición de componentes del capitalismo.

También podrá verse entonces que los proyectos de estas empresas multinacionales y nacionales, que en casi todos los casos le son cautivas, no siempre resultan compatibles con las necesidades de la sociedad.

Volvamos sobre *la libre elección del médico*. Decíamos que millones de seres humanos no tienen la mínima elemental posibilidad para elegir elementos básicos para su existencia; de allí que jamás han podido elegir a *su médico*.

Pero radiquemos el problema en nuestro medio. La libre elección tiene tantas limitantes que su defensa sin concesiones, que la propia clase médica hace, resulta cuando menos inoperable.

Sumemos los inconvenientes de poblaciones enteras, sobre todo comunidades rurales latinoamericanas sin médicos, sin servicios o sin medios para obtenerlos: no agreguemos la dificultad de acceder a los mejores bienes y servicios, tampoco a los mejores médicos, que por eso y por estar insertos en la ley de la oferta y la demanda son los más caros y, por ende, inaccesibles para la gran mayoría.

Dejemos estos datos que, por evidentes, resaltan el sentido discriminatorio de esta concepción.

La libertad de elección médica es un criterio que está acompasado, que acompaña a la sociedad competitiva, a la medicina lucrativa que es su consecuencia y necesidad. Sirve para acrecentar las diferencias sociales y está sirviendo para que la clase médica sea cada vez más notoriamente un recurso disponible en sus mejores exponentes y representantes, solamente accesible para los poderosos. La libre elección del médico es también una mercancía de la sociedad competitiva que la medicina lucrativa pone en circulación para ser obtenida por quienes, en el reparto de las riquezas del sistema productivo, alcanzan a cubrir sus precios.

La profesión médica, amparada por su posición en las relaciones sociales que surgen del sistema de producción en el que se desempeña, no desea perder el puesto al lado de los que detentan al menos una parte del poder. Tiene que defender su puesto en la distribución social del producto comunitario, y estas conceptualizaciones para su quehacer ayudan a mantener su estado y contribuyen a sostener el clima social del que se beneficia. Es parte del sistema competitivo y lucrativo, y estos conceptos que aparecen como doctrinarios e irrenunciables en el fondo son los recursos teórico-prácticos que necesita para mantener ese puesto en tal sistema.

En realidad, son argumentaciones ineludibles para mantenerse en estos términos sociales, pero no por ello justificables y mucho menos aceptables como afirmaciones sinceras para el perfeccionamiento del acto profesional. Su raíz económica y de clase le da la característica exacta de argumento lucrativo y competitivo.

Sigamos ahondando sobre la libre elección del médico ahora en el contexto de la situación de salud propiamente dicha y realizando una artimaña intelectual, como es aislarla, aunque sea por un instante, del contexto social en el que se desenvuelve.

Se argumenta y se enseña que solo la libre elección del médico puede ofrecer elementos operativos suficientes para elevar el nivel de la calidad del acto profesional.

Si se toman en cuenta aisladamente los componentes científicos requeridos para cumplimentar una consulta médica o una prestación profesional en cualquier

circunstancia, no parece ser la libre elección del médico una necesidad para la mejor calidad de la prestación diagnóstica o terapéutica.

Por un lado, todos los profesionales y cada cual en su especialidad deberán contar con similar arsenal científico para enfrentar la situación planteada por el paciente. Por otro lado, los conocimientos requeridos para resolver más del 90% de las situaciones que cotidianamente se le plantean al médico son fácilmente obtenibles por la clase médica o, si se prefiere, son reconocibles por los médicos por múltiples canales a sus alcances, de forma tal que no aparecen como exigencias diferenciales para cada uno de los componentes de dicha clase.

En otras palabras, la ciencia exigible para atender con buena calidad profesional la inmensa mayoría de los problemas médicos cotidianos es fácilmente alcanzable por los que ejercitan sus reglas en este momento y podría llegar a ser de total posibilidad de adquisición por todos los integrantes del sector médico, a poco que sus sociedades se lo impongan como programa de capacitación, de reactualización de conocimientos.

Con todos los conocimientos necesarios para atender adecuadamente las expectativas de la población en poder de los profesionales en ejercicio, no aparecen científicamente argumentos razonables para exigir diferenciaciones en la elección o selección de determinados médicos.

Al estar todos en condiciones de atender todos o casi todos los problemas de salud con precisión y calidad, se desdibujan las razones científicas que se utilizan para declarar como imprescindible una elección libre del médico para asegurar la mejor prestación. Científicamente y en la actividad cotidiana todos o casi todos los profesionales deberían brindar la misma y mejor prestación. Si así no fuere, la sociedad tiene en sus manos mecanismos muy conocidos de capacitación y actualización para lograr esas mejores condiciones de calidad profesional.

Esto que llevamos dicho quiere decir que, ante la abstracción del aislamiento de la relación paciente-médico del contexto social y pensando exclusivamente como acto científico, la libre elección del médico que conduce a esa relación no tiene soporte ni lógico ni técnico, y por ello aparece como argumento que está destinado a solventar otra realidad. De nuevo, en los acontecimientos concretos de la salud-enfermedad, la verdad está en otra parte.

Sin embargo, puede mirarse a la medicina como una actividad práctica y también así comienza a definirse la necesidad de descubrir el otro lugar donde se construye esta verdad referida a la libre elección.

La medicina es una actividad, casi una artesanía, que se encuentra amparada o sostenida por conocimientos teóricos más o menos sólidos y complejos que la orientan y la conducen. Es una práctica que tiene fundamentos científicos y en esto pueden llegar a notarse, a evidenciarse, las diferencias individuales que pueden presentar sus ejecutantes, los médicos.

Aquí pueden esperarse las razones más exigentes de la libre elección en cuanto medio para ofrecer la fórmula para alcanzar la más alta calidad de la práctica demandada. Si el acto médico aparece como un acontecimiento artesanal, artístico,

ejecutado por el integrante de una disciplina que se expresa como ciencia y como arte, es posible esperar diferenciaciones en el ejercicio de tal materia.

Al entender la libre elección del médico como un procedimiento válido para aproximarnos a determinado ejercicio del arte, de la artesanía de tratar enfermos, resulta necesario reflexionar sobre este acto médico comprendido como un proceso artístico, ejercitado por un artista-artesano que además posee razones técnicas, científicas, que avalan su arte-artesanal.

Toda obra de arte o producto artesanal concreto y existente como acto y servicio es también un reflejo de la realidad, aunque no aparezca como una pieza corpórea de conocimiento: es o representa un conocimiento de la realidad. Con esta expresión artístico-artesanal también se enmarca la realidad y en el campo sanitario define el enfoque que merece la acción médico-terapéutica.

Estamos en presencia, ante una práctica médica de cualquier naturaleza, de un acto que como tal es esencialmente histórico, porque toda operación artesanal, artística, reconoce una historia, se ejercita por una historia y se proyecta como elemento destinado a contribuir a elaborar la historia que sigue, aunque esta sea, como en cada una de las prácticas médicas cotidianas, nada más que una historia cotidiana. De su sumatoria resulta el sentido total de la práctica médica.

Es por eso que también en cada actividad médica están contenidas todas las relaciones de la vida histórica del aquí y ahora de su origen; reproducen las relaciones sociales que en su historia las perfilan y las enmarcan.

Así, si la libre elección lleva a una relación paciente-médico que evoca emociones, sentimientos, éstos son el resultado de una dirección consciente o subyacente que los términos de este binomio operacional producen, porque viven y sufren bajo las condiciones de la clase social a la que pertenecen, al sector histórico donde se encuentran insertados de cualquier manera.

Así esta dirección consciente o subyacente, en ambos casos, tanto para el médico como para el paciente, que se expresa como una intención evocativa, como una energía recordatoria de experiencias propias y del círculo o grupo al que pertenecen o del que provienen, está determinada por su engarzamiento en determinada situación del proceso productivo.

Si el acto médico es entonces una evocación histórico-social o el producto de evocaciones que producen la inserción histórica de sus actores en el proceso o en las relaciones de producción, además (y esto es muy importante) esa evocación se perfila como una acción mediata y final.

Es mediata en cuanto la relación busca un resultado terapéutico, en cuanto lo percibe como probable, en cuanto acciona para el éxito del encuentro. Y es final porque alcanza a definir a los que la ejecutan y encontrarlos parte del mecanismo que le da energía a la práctica médica, a ese mecanismo que surge de las relaciones sociales y que para conservar su signo y su sentido requiere impulsarlos como gestores de nuevas exigencias de los actos históricos que vendrán, con la disyuntiva de ver transformados o no su signo y su sentido.

Esta es la razón última de su condición de acto artístico-artesanal. No es solamente el desarrollo del conocimiento histórico de sí mismo, del médico y del

paciente, como quiere el idealismo insustancial, sino del conocimiento histórico del mundo social y real en el que se da la relación social que define la práctica médica.

El acto artesanal-artístico que realizan los médicos es parte del tiempo concreto, sucede en determinada realidad sociohistórica, y aunque parezca ejecutado por individualidades que desean definir así el mejor y más profundo conocimiento de sí mismas como obra de arte, como expresión de la actividad humana, terminan o comienzan mostrando su determinación histórico-social, su engarce en determinada clase social, porque ningún acto artesanal-artístico queda limitado a la pura individualidad, sino que contiene todos los elementos de su generalización. Cuanto más auténtica es la relación de cada acto o práctica médica con la relación causal, mayor es el contenido de elementos universales y sociales que aparecen en ellos.

Se puede ser más exigente aún en el razonamiento frente a la realidad.

Entonces digamos que la elección del médico puede llevar también a una relación paciente-médico desarticulada, improductiva y fría, y seguramente aun así todas las situaciones que se dan en tal relación no deben ser separadas ni distinguidas de las circunstancias sociales en las que se produjo tal elección. También en este caso la elección dependió de las relaciones sociales que determinó cada conducta grupal en particular.

Además, las situaciones que la libre elección generó en este como en cualquier otro caso dependen de dos grupos sociales cuya significación humana no es la resultante de los individuos que los conforman, sino la consecuencia de las circunstancias sociales en las que se produjo tal elección y por las cuales se perfilaron esos grupos sociales.

Por eso, la libre elección del médico, aunque sea defendible y posible, aparece como una perspectiva inconstante para obtener eficacia y perfeccionamiento del acto profesional en cuanto a su calidad y para que este sea valorado como expresión práctica, artística, artesanal del cometido de la atención de la salud.

Una vez más, inclusive desde este enfoque artesanal-artístico, debe buscarse la verdad en otra parte.

Pero insistamos, vayamos a mirarla allí donde los autores tradicionales la han definido en sus diferentes ingredientes. Comencemos con su componente ontológico.

La libre elección del médico apunta hacia una relación difícil de predecir; depende de múltiples circunstancias. Puede ser productivo señalar ahora que habrá una fecunda relación si ambos participantes, paciente y médico, cumplen con la necesidad básica de proyectarse como una totalidad. Aquí, al buscar la definición de ambos seres, parece que el nivel supremo consiste en aspirar a alcanzar la reunificación del ser en cada uno, de ese ser que la realidad cotidiana, alienante y desintegradora insiste en disociar no solo para con el enfermo, sino también para con el médico. Esta hipótesis cree que la recomposición del individuo, de ambos miembros en la ecuación paciente-médico, solo es posible en el acto, en la producción del arte o la práctica artesanal que cada uno asume para definir como ser, como categoría ontológica.

En esta postulación campea la filosofía individualista e idealista que marca desde hace siglos el pensamiento médico, aunque sus autores hagan algunas referencias a la situación social en las que se desenvuelve la perspectiva de esa creación artístico-artesanal.

El pecado original consiste en no comprender que tanto el médico como el paciente resultan en verdad seres que aparecen como argumentos, que toman solo la forma de soportes de las relaciones sociales emergentes del proceso productivo en el que se ejecutan los actos médicos. Aun sus individualidades son construcciones engendradas por los efectos determinantes de la estructura social.

Así, el sentido ontológico de la hipótesis indicada se transforma en su exacta dimensión.

El acto que señala la relación paciente-médico tendrá un verdadero sentido estético, artístico-artesanal, si ambos integrantes, componentes de sus respectivos grupos sociales, pueden desarrollar sus condiciones de seres sociales, moldeados y determinados por la estructura social, si pueden entender los conflictos que el proceso salud-enfermedad exterioriza y, al captar la responsabilidad que adquiere como causalidad la estructura social correspondiente, desentrañar el concepto de la clase social para sí, volcando sus perspectivas a la transformación causal.

Este tránsito de la vieja ideología individual del acto artístico-artesanal hacia su composición social, que permite reconvertir al paciente y su grupo social en seres concretos que entienden sus orígenes y sus conflictos causales, constituye la elaboración esencial para la medicina comprometida con la transformación estructural que exigen los nuevos tiempos.

En este momento histórico, en nuestro proceso productivo, no aparece como posible o al menos no es fácil la elaboración consciente de esa composición social. Por el contrario, en un mundo competitivo y alienante, la realidad social y sus componentes hegemónicos ejercen acciones directas para desmembrar y desubicar a los grupos sociales transformándolos en multiplicidad de seres extraños, incommunicados y solitarios, cada uno respondiendo por su existencia en un océano competitivo y despiadado, sin conocer los valores solidarios que genera la reconversión de los seres en el seno consciente de sus clases sociales armadas para su desarrollo.

Esta es la contradicción de nuestro mundo competitivo, donde también la libre elección se define como un recurso para completar un acto artístico-artesanal individual y solitario, fiel a la tradición de la sociedad competitiva. En todo caso, esta libre elección refuerza la idea individual de la composición humana, alejada y extraña a los esfuerzos destinados a construir los grupos sociales que requiere el proyecto de una sociedad justa.

En esta concepción ontológica, por tanto individual y solitaria, la libre elección del médico, esa que pregona la garantía del perfil de dos seres existentes por sí mismos exclusivamente, sin ataduras a sus realidades, condice con la concepción máxima de la sociedad competitiva y, en todo caso, enfoca esta circunstancia como el vértice de un encuentro ahistórico e individual que, cuando más, solo intenta lograr la conjunción de dos individualidades.

Precisamente, en esta búsqueda individual y ahistórica reside la trampa. La libre elección del médico está sostenida por una sociedad que niega la esencia social e histórica del acto que la define. La ignora o la niega en la teoría y también en la práctica.

De ninguna manera y bajo ningún concepto sus defensores han planteado alguna vez, a través de esa libre elección, una fórmula para modificar la realidad social que genera la enfermedad.

Ni la libre elección del médico ha significado o significa un valor necesario para conquistar ni es el instrumento para lograr el perfeccionamiento del acto profesional o la reconstrucción del ser disociado, herido o enfermo.

Además, no es un instrumento idóneo para lograr transformar a los seres ahistóricos en componentes activos del mundo social a transformar, por dos razones.

La primera es porque su ejercicio concreto sigue mostrando que trata a sus protagonistas como seres abstractos, definidos exclusivamente en su *íntima realidad*, sin buscar su origen y ocultando los contrastes e ignorando la esencia causal de los conflictos. No ha posibilitado la perspectiva de reconocer al paciente y al médico como seres históricos y sociales, componentes del sistema productivo, generador de las desintegraciones y enfermedades.

Con una receta en la mano, con comprimidos o inyecciones, con una ectomía más o menos grande, con alguna interpretación psicológica más o menos profunda, el enfermo ha recibido de esta medicina individualista y competitiva de la libre elección solo una postergación del calvario al que lo somete una realidad de la que él solo es una parte determinada por el todo.

Esta medicina lo ha tomado individualmente y lo deja también solo, desintegrado y negándole la posibilidad de mostrarle, aunque más no sea, a sus enemigos verdaderos y de contribuir con ese conocimiento a confluir en su destino social y por lo menos intentar la modificación de la estructura hegemónica que es la determinante de su estado.

La segunda razón es porque no puede darse en esta realidad donde se desenvuelve la medicina lucrativa un acto verídicamente artístico-artesanal. En una sociedad desintegradora no puede la medicina producir hechos creadores y liberadores para la composición integral de los grupos sociales.

Esa medicina no es capaz de componer ni al ser individual ni mucho menos al ser social proyectado en su propio grupo social. Por eso no puede ser instrumento operativo para superar la inmediata individualidad, esa escasa expresión de lo humano. La libre elección del médico, exigida como requisito para entrar a una relación paciente-médico que conduce a esa medicina irreal, alienante y desinteresada de los problemas de los grupos sociales necesitados, no ha sido ni es capaz de transformar a sus integrantes en ejemplares de un fenómeno histórico. Es pues una irrealidad que solo sirve a los intereses de esa medicina enemiga o, por lo menos, indiferente a la formulación de un proyecto verídico para la recomposición consciente de las clases sociales desheredadas.

Es que así tratada se comprende su papel de mito para la medicina liberal, porque existiendo en una sociedad que no constituye verdaderos actos artesanales-artísticos

debe elevar conceptos que oculten su inoperancia, pero resguarden sus ganancias y el sentido de su práctica decididamente engañosa.

En realidad, la libre elección del médico nos propone buscar el producto de esa realidad lucrativa y competitiva, al médico que se ha formado en ese clima, para defender y perpetuar esa realidad. Nos propone insistir con su propio esquema para evitar que pueda desviarse la atención, recomponer el objetivo final y que médico y paciente enfrenten decididamente esa estructura determinante en la salud-enfermedad.

Por eso es que resulta mistificadora; porque oculta el verdadero origen de los males percibidos y distrae las energías combatientes de los grupos sociales para su remoción, porque sabe que en esta realidad no hay creación artístico-artesanal posible, creación liberadora y transformadora, para los grupos sociales necesitados.

Tampoco se llega entonces a ejercer la accesibilidad cultural, cuando se piensa en la libre elección del médico, para garantizar una relación paciente-médico que asegure una auténtica circunstancia artístico-artesanal.

Analicemos ahora el componente de la vinculación inquietante que anida toda situación salud-enfermedad, toda vinculación medicina-sociedad, en fin, médico-paciente.

Es fácil presumir la existencia de un elemento doloroso, angustiante, invalidante, como fuerza inicial para poner en marcha este proceso. Esas circunstancias definen la vinculación inquietante.

La búsqueda de la medicina, ante tales circunstancias, se hace como representante de ciencia y arte para hallar otro vínculo, aquel que ofrezca reparo a la situación opresiva de depresión que brinda la enfermedad.

Toda expresión de enfermedad introduce una variante, un cambio en la vida diaria. Ese cambio engendra una imagen deteriorada, herida, desvalorizada del enfermo. Contiene, disminuye, frena, inactiva, conduce al enfermo a una limitación tras otra en su vida cotidiana. Reprime al ser, al menos transitoriamente, demorando y empequeñeciendo la posibilidad de producir, hacer, actuar, pensar, querer. Reduce al hombre a un esquema escaso, apenas relacionado con su cuerpo, dolorido, cansado, febril, agitado, extraño, también desvalorizado.

Arrastra a los enfermos hacia la búsqueda de quien sirva, de quien tenga el poder necesario para ayudarlo. Así comienza a construirse la vinculación paciente-médico, a través de la vinculación inquietante.

Uno que sabe, que posee, que conoce, tiene el poder para actuar. El otro, que duda, sufre, está desconocido para sí mismo, ansioso, angustiado frente a la enfermedad, solo tiene poder para pedir ayuda.

Sumemos a esto que la enfermedad ejerce su influencia generalizadora agregando o quitando instancias sobre el ser individual y social. El enfermo se siente distinto, está diferente, modifica su personalidad, su vínculo interno y su relación para con los otros. Pierde parte de su ser, de su concepción como persona y como componente del grupo social del que forma parte.

Todo esto puede ser llamado despersonalización. Y así la enfermedad cumple su papel principal, despersonaliza, arrinconando al ser herido e incomunicando al ser social.

Esta despersonalización en el doble sentido histórico, del individuo y del ser social que hay en cada hombre y mujer, es mucho más evidente a medida que crece la gravedad del cuadro padecido.

Si obliga a guardar cama o a ser internado, entonces ese desdibujamiento de la humanidad del enfermo es más dramático. Desprovisto de sus ropas, limitado en sus hábitos, en sus movimientos cotidianos, ajeno a su expresión diaria, al medio de trabajo o del hogar, el enfermo está transformado en otra persona. Está regido por códigos que no conoce ni contribuyó a elaborar; está conducido por reglas impuestas desde afuera de su ser, ahora por doble vía, por la enfermedad y por el esquema terapéutico institucional al que está sometido.

Desde afuera o desde adentro, esas reglas son distintas a las cotidianas, a las que fue construyendo con su hábito constante de existir. La situación de enfermo lo obliga a obedecer, a aceptar las órdenes, a reconocer ritmos impuestos, a tolerar cumplimientos o vivir un tiempo individual e histórico que no puede cambiar.

Esta despersonalización individual y social que la enfermedad y la situación terapéutica hacen posible provocan su ajenidad, su extrañeza como ser. En este caso, enfermedad y terapéutica se han posesionado de su personalidad, al menos en parte, y ejercen un poder que es inexorable y, al parecer, necesario e insustituible.

Por eso es que resulta cierto aquello de *que la enfermedad ha producido una rarefacción y reducción del campo relacional del paciente*, quien, además de interiorizar dolorosamente un conflicto, siempre requiere sumar la más importante represión de su aislamiento frente a su grupo social.

Ha buscado el amparo de quienes saben, quienes ejercerán, por el solo hecho de representar a la medicina, un poder exigente sobre su ser. La relación aparece como imprescindible, porque la enfermedad ejerce una vinculación inquietante que, habiendo disminuido la capacidad de existir, habiendo reducido el perfil social e individual, lo obliga más allá de sus poderes y deseos a entregar aún más su condición humana, histórica y social, para intentar su recomposición.

Tal vez en este mecanismo profundo de pérdida de la condición de ser histórico-social es donde se injerta fácilmente el poder médico para transformarlo en objeto, aunque más no sea objeto de estudio y tratamiento.

Así presentadas las características de la relación paciente-médico, impulsadas por esta vinculación inquietante, se canalizan por un rumbo técnico-científico, por una búsqueda insoslayable, pero igualmente en circunstancias desiguales, asimétricas y hasta de verdadera dependencia.

El médico inclinará decididamente el poder hacia su lado, ejerciendo el liderazgo que la sociedad competitiva le ha otorgado y por el cual actúa para decidir el mecanismo a utilizar para definir la eficacia del poder y represión que se utilicen.

Solo la interpretación mítica y abstracta, una descripción idealista y, por lo tanto irreal, puede hablar de un encuentro de dos seres iguales, de relación diádica o cuasi-diádica, de vinculación de una conciencia y una confianza, cuando en verdad se

trata de un acontecimiento en el que se proyecta la verdadera relación que se genera, si se tienen en cuenta las relaciones sociales de las que provienen sus ejecutores, generalmente entre poseedor y desposeído, entre dueño del poder y dependiente.

Por eso es una relación asimétrica que la enfermedad, la vinculación inquietante, ha puesto en marcha, pero sin modificar, antes por el contrario exagerando las consecuencias del puesto que cada uno tiene en el esquema social del que surgen.

El médico que ejerce el poder expresa la hegemonía de su grupo, dibuja su influencia y marca la fuerza que le ha concedido su sociedad, esa sociedad competitiva y sin solidaridad. Desarrolla su jerarquía y de esa manera acentúa la represión, volcada hacia los síntomas, a las causas aparentes, llevando al enfermo a una situación de dependencia en la que usualmente es interpretado como un objeto, que ratifica la asimetría.

Aquí se requiere ratificar una vez más que la relación paciente-médico a la que condujo la vinculación inquietante con la enfermedad tiene la elasticidad, profundidad y alcance que le obligan tener las relaciones sociales en las que se desenvuelve. No puede haber relación paciente-médico seriamente ejercida, con hondo sentido histórico-científico, si no se transforman las condiciones estructurales que determinan la vinculación inquietante. Esta es siempre una manifestación de algo más, como los síntomas, como los signos patognomónicos, la enfermedad señala una ruptura del ser social por causas que están radicadas en otro lado; precisamente allí donde nacen las relaciones sociales que elaboran las fuerzas que producen la riqueza y que para persistir deben sostener las desigualdades e injusticias que condicionan la patología.

Nos referiremos ahora a la *construcción lingüística*. Es este un elemento estable de la relación paciente-médico y hace esencialmente a la accesibilidad cultural.

En realidad, sería más amplio referirse a la formalización de la comunicación entre el paciente y el médico y de esa forma abarcar algunos otros aspectos que tienen su importancia, como ser las facilidades para el encuentro, la deferencia del médico y sus colaboradores, su cercanía o lejanía social frente a los pacientes, etcétera.

Sin embargo, puede elegirse reflexionar sobre el lenguaje porque en este medio se sintetiza buena parte de las dificultades casi constantes de la relación paciente-médico. El lenguaje aparece como el vehículo representativo de la clase social que ejerce cada papel.

Vista desde la medicina, la construcción lingüística ejercida en el encuentro paciente-medico debe ser entendida “como un lenguaje cuya palabra debe ser liberada” (Lacan, 1964) para lograr “la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad” (Foucault, 1966, p. 14).

Como posibilidad de un testimonio codificado de la enfermedad o bien como un vínculo cultural que hilvana una perspectiva de accesibilidad para la relación paciente-médico, deben reconocerse en la construcción lingüística varios lenguajes y cada uno de ellos parece mostrar con persistencia la invariabilidad de la ineficacia del argumento de la libre elección para la medicina tradicional.

Debemos referirnos a tres formas de lenguaje: el de la enfermedad, el del médico y el del paciente.

Lenguaje de la enfermedad

Este lenguaje puede aparecer como propio y definido si aislamos la enfermedad como un acontecimiento en sí misma; entonces puede llegar a expresarse por síntomas y signos que la medicina busca transformar en patognomónicos para su mejor reconocimiento.

La verdad del discurso de la enfermedad debe ser atrapada por el médico a punto de partida de la anamnesis y luego la traducción justificadora de los signos que ofrece el mensaje semiológico o instrumental.

Sin embargo, para ser atrapado por el médico, el síntoma tiene que brindarle al paciente la perspectiva de construir el discurso más cercano posible al código del profesional, tanto para la comprensión del lenguaje hablado por el que media la enfermedad, como para el descubrimiento del mensaje semiológico por el que se dibuja el signo.

La medicina enfocada desde esta búsqueda, desde la emisión de este código bipenetrante hacia las palabras y los signos, puede aparecer como un solo texto que busca el límite perfilado de todas las frases dichas, aun las silenciadas, de todos los síntomas, los perceptibles y los ignorados, y de los signos posibles y definidos. En definitiva, hallar el texto que dé el entendimiento del cuerpo, de las reacciones celulares, del medio interno, del espacio psicológico de un ser, que es el reflejo de la realidad histórica y social en la que vive.

Es necesario advertir que la enfermedad tiene una escena limitada y por eso engañosa. Se da y se expresa en el enfermo y también por el enfermo en su lenguaje y cuerpo. Pero en verdad solo resulta parcialmente evidente, porque su lenguaje solo expresa la inmediatez del dolor o la alteración, sin producir la penetración a otros ámbitos, otras zonas de donde concretamente llegan sus causas.

Para entenderla, debe ampliarse el campo de la recepción de su lenguaje, extender la posibilidad de la mirada, penetrar más allá del protoplasma, los nucléolos, por encima de la corteza o el inconsciente. Se hace necesario entender al emisor, que parece estar dibujado en el cuerpo y espíritu de quien se queja, para ocultar las profundidades en las que se genera el texto original.

El lenguaje de la enfermedad revela contenidos inmediatos del ser y lo hace como parte de una individualidad cercana y palpable —también propia y exclusiva— para negar los contenidos determinantes generados en hechos sociales que golpean sobre él, que son más viejos que la existencia del enfermo y más grandes que su excelencia. Son hechos que irrumpen sobre su vida y la traspasan, modelando el ser social que es necesario descubrir para entender sus dolencias, que también le fueron asignadas por esos hechos.

La enfermedad adquiere un lenguaje que elige al enfermo como escena apropiada; dice, expresa, representa en ese cuerpo el papel que requiere el universo en el que se desarrolla, pero trae palabras, tonos, verbos, nombres de otros lugares, de otras partes. Trae el código de otras causas, por el cual es necesario reparar en esas causas, que son las mismas por las cuales el hombre, unido a dichas causas, se junta, vive, se enferma en ese y por ese contexto histórico. Lo que para él aparece como

cierto en origen y causa debe ser interpretado en su dimensión y raíz exacta como algo que le viene de lejos, iniciado antes de él y sin requerirlo. Esta traducción de la causalidad estructural es el esfuerzo de la medicina moderna.

La enfermedad eligió un cuerpo, que es el que precisamente ofrece con su lenguaje, como campo propicio para producir esa traducción causal y así hallar su esencia concreta. Eligió un cuerpo y un lenguaje para ofrecer a la enfermedad y a su portador como partes objetales de la realidad histórico-social que hace posible su texto y mensaje.

El lenguaje de la enfermedad indica que ella no es contemporánea de aquello que expresa ni de aquello a partir de lo cual llegó a ser; solo es un instrumento que dicta el mensaje de potencialidades que le son ajenas, también como para el ser que sufre. Ese ser, cercado y definido por situaciones, cosas, relaciones que le son ajenas, ahora en la enfermedad ha incorporado un nuevo acontecimiento tan ajeno como los otros, tan identificado como los otros a la creación de bienes y servicios, a las relaciones sociales, que son las que le propusieron la enfermedad y su lenguaje.

En ese sentido, el lenguaje de la enfermedad, como la enfermedad así entendida, contribuye a desintegrar la idea reduccionista de la hominización de la salud-enfermedad, y su entendimiento debe contribuir a la focalización de la complejidad causal de aquella y a desentrañar el contenido histórico-social de este proceso.

Por todo esto es que puede resultar evidente que el elemento a comprender en el lenguaje de la enfermedad no resulta el mensaje inmediato de síntomas y signos, sino el código que con ellos se expresa cuando se reconoce el volumen histórico-social de los emisores, cuando pueden descubrirse las estructuras causales, aquellas que determinan el proceso patológico y que tienen que ver con la manera como la sociedad desarrolla su producción, realiza sus intercambios y construye las relaciones sociales, cuyo lenguaje es el generador de enfermedad. Ese es el lenguaje que debe ser traducido e interpretado.

Lenguaje de los médicos

El texto del discurso de los médicos es el producto de una doble apropiación y transformación: del lenguaje de la enfermedad y del lenguaje del enfermo. Estos dos lenguajes, complejos y diferentes, son los hechos existentes, los datos del problema, pero son, para circunscribirlos, conceptos generales, groseros, muy abarcativos.

Sobre tales lenguajes debe actuar la concepción teórica de cada médico, su práctica teórica (para ser más gráficos). Una práctica teórica que, con sus medios operativos, con sus instrumentos de producción de conceptos, genera una interpretación o, si se prefiere, realiza una producción de hechos científicos, construyendo situaciones específicas para tal situación.

A partir de su requisito inicial, un concepto general, entregado especialmente por el lenguaje del paciente y de la enfermedad, el médico con sus instrumentos de producción, su teoría, su método, su técnica, su experiencia y lógicamente sus relaciones con la estructura social, elabora el pensamiento específico del caso.

Poniéndole más severidad al análisis, debe comprenderse que la materia prima sobre la que se trabaja forma parte de las condiciones de la realidad concreta. También el síntoma y el signo son una realidad histórica (por eso) concreta, como lo es el mecanismo de producción del conocimiento médico, que emerge de la realidad cotidiana en la que él mismo existe, influenciado o definido por la estructura hegemónica.

Estas dos realidades sociales, complejas y combinadas entre sí, dinámicamente influenciadas por las prácticas ideológicas, políticas y sociales existentes, alumbran el pensamiento científico, que es, a su vez, un sistema real propio e insertado y también combinado dialécticamente con el mundo histórico donde se da.

Ese pensamiento médico, producto de las relaciones entre la materia prima que brindó el síntoma y el signo, con la práctica teórica que incorpora el médico (ese otro sistema específico definido por las condiciones de su existencia y su práctica) y que puede llamarse instrumento de creación del pensamiento profesional, vuelve a ser parte de la estructura social y tiene que prepararse para entregar nuevas formas de conocimiento en el marco de las relaciones históricas en las que es factible su presencia.

El conocimiento médico transforma al síntoma y al signo, al objeto real, en un producto elaborado por el mecanismo de producción teórica, que se encuentra influido por todas las relaciones histórico-sociales. Así se llega al objeto del conocimiento científico. Justamente a este objeto se refiere el lenguaje de los médicos.

Para tal lenguaje, el síntoma que fue captado a través de la palabra del paciente debe ser agotado en el proceso elaborativo del médico, en provecho de la construcción de un signo que lo refiera a un campo técnico limitado para producir un mecanismo nuevo de otra elaboración, es decir de la enfermedad a la terapéutica. Todo este proceso lleva a crear la terapéutica esperada, a otorgarla y posteriormente provocar el discurso médico que la explique. A veces la terapéutica y el discurso son concomitantes o una sola y misma condición.

Importa comprender que, mientras el paciente relata sus síntomas, es dueño aún de su dolencia, que la sabe incómoda, asfixiante, molesta. Luego, al entregar su sintomatología, le arrebatan o entregan, si se quiere, su pertenencia, y desde ese momento comenzará a perder aún más una parte clara de su ser individual y social. Al menos como interpretación de la realidad en la que y por la cual sufre.

Ahora será el médico el encargado de traducir su estado, conforme razonamientos, conceptos, frases, lenguaje, que él no siempre entiende ni como enfermo ni como ser individual y social.

También en nuestros consultorios y hospitales, como en los de EEUU, Alemania, Suecia, Francia, España, menos de la tercera parte de los pacientes comprenden cuál es la enfermedad, la situación por la cual se los trata o cuál es el tratamiento al que se los somete, y —lo que es peor aún— casi la mitad de ellos o de los responsables de su salud (como son los padres cuando de niños se trata) no seguirán las órdenes y las terapéuticas indicadas, sencillamente porque no han entendido el mensaje que encierra el lenguaje utilizado por los médicos.

El lenguaje médico, ese producto de la elaboración de los materiales que le ha ofrecido el lenguaje de la enfermedad y de los pacientes, suele ser incomprensible para su destinatario.

Es que hay una incuestionable barrera en tal discurso; es la barrera lingüística que separa al médico del enfermo. Ese lenguaje especializado aparece como un instrumento elitista que exagera aún más la distancia social existente entre médico y paciente.

Tal distancia y el lenguaje que la acrecienta tienen su historia y los argumentos que la explican, al menos porque paciente y médico son ahora y lo fueron antes mucho más, cuando comenzó a elaborarse el léxico médico, componentes de subculturas diferentes —mejor aún, de clases sociales diferentes—, y como tales habían utilizado lenguajes también diferentes (Koos, 1954, p. 77).

Por otra parte, el lenguaje ha sido conceptualizado como el vector privilegiado de una presión de clase, como un instrumento claro de expresión del poder de cada sector, como un arma disponible con potencialidad diferenciada, según sea la capacidad de poder que ejerce el grupo que lo utiliza. Así se lo ve con claridad en la relación paciente-médico, donde el discurso del médico y el del enfermo por lo menos pertenecen a situaciones diferentes.

Miremos algunos aspectos de esa pertenencia indicando los referidos a la *ciencia médica*.

En todos los sectores de la educación y por todos los medios comunicativos se inculca la concepción de que en la medicina, como en la ciencia, solo existe un saber legítimo. Ese saber es el que detentan y expresan sus cultores y gestores, aquellos que siguen fielmente sus dictados y nunca han puesto en tela de juicio su predominancia y su poder.

Se trata de los que apuntalan y acrecientan el poder de la ciencia oficial o de aquella que ejerce la supremacía continuada de los que mandan. A sus cultores y a la ciencia que los identifica se les debe respeto y devoción. Su lenguaje, el lenguaje de la ciencia, tiene la calidad de la verdad revelada, aunque la historia muestra, sólo con una mirada retrospectiva de no más de un cuarto de siglo, cuántos errores y aun disparates científicos encerraron los discursos médicos de tales tiempos.

El respeto solicitado para ese discurso en nombre de la ciencia médica debe llegar hasta el rechazo a la pretensión de saber por parte del paciente y la sociedad; debe llegar hasta la sumisión hacia los poseedores legítimos del saber médico, hacia los médicos, que aparecen como los únicos capacitados para elaborar el discurso que explica hasta la propia existencia mórbida de la sociedad. Son los reveladores de una verdad casi divina y por eso incuestionable.

En definitiva, semejante devoción al discurso médico como proveniente de las fuentes cercanas al génesis conforma una concepción de lo científico que otorga condiciones mágicas a sus cultores, a quienes se los entiende como miembros de una clase que ejerce un poder legítimo que los hace diferentes. Esa fuerza, que a la vez que los identifica los define y los diferencia de los demás, es la que los ha transformado en personajes mitológicos, marginados, distintos y por eso incomprensibles

en su mensaje. Más incomprensibles cuando ellos sostienen su mensaje desde la sombra reparadora de su esotérica ciencia médica.

Miremos ahora el mensaje como perteneciente a los poseedores de los *elementos productivos*.

La medicina requiere ser poseedora de los medios y recursos necesarios para construir el acto creador de su práctica. Poseen los médicos y sus colaboradores los conocimientos, la ciencia médica y los equipos e instrumentos que forman parte de su arsenal productivo. Así se trate de un bisturí o de un oscopio (recto, sigmoideo, fibro, colpo, gastro, duodeno, laringo, bronco, cardios, etc.) o de un ecógrafo, tomógrafo, acelerador lineal o bien humildemente de un remedio o de la historia clínica que su saber le permite elaborar, el médico y con él la medicina aparecen como los únicos capaces para quedar dueños de la situación durante un lapso de la historia.

Ellos son los que dicen, dictaminan, diagnostican, condenan, absuelven; son los que poseen conocimientos e instrumentos para producir el acto profesional; son los que tienen los poderes sobre la salud-enfermedad y por eso son distintos.

Solo o en compañía, en su consultorio o en la clínica, en el domicilio del paciente o en el hospital, con su ciencia y con su equipamiento cada vez más complejo, el médico aparece con los implementos para producir el producto final, que es su diagnóstico y su terapéutica, los cuales le dan los argumentos para su discurso. Así, es el que puede crear, elaborar ese producto final, y entonces parece el dueño de la mercancía que contribuyó a crear su técnica, su equipo, su capital. Sigue apareciendo como el dueño de todos los instrumentos para producir el elemento adquirible, para brindar el único discurso posible. Es distinto al enfermo, está claramente diferenciado; es otra cosa, es de otra clase.

Pero la concentración del poder comienza a marginarlo. También la medicina se ve involucrada en la formación de las grandes corporaciones, en el surgimiento claro de su etapa monopólica, donde el avance tecnológico y esa concentración de capitales utilizará al médico como un episodio más del sistema productivo.

Su mensaje parece cambiar de tono y entonces el lenguaje utiliza su propia jerga, envuelve al médico como parte de la concentración del poder, pero él mismo pasa a ser instrumento del crecimiento monopólico de las multinacionales. El discurso ahora es instrumental. Quienes producen el acto de la medicina usarán indistintamente el lenguaje de los médicos, el de los aparatos o el de los medicamentos. Son sus instrumentos.

En todo caso, esta concentración del poder cambió de sujeto, pero no de enfoque ni de objeto, aunque el léxico de los poseedores de los elementos productivos pueda tener distintos matices.

Al hacerse más instrumental, al responder más al capital tecnológico, el discurso se hace aún más irreal, exagera la irrealidad que el médico le había impreso en la etapa anterior. Lo exagera, pero no lo cambia.

Reflexionemos sobre un aspecto parcial de este lenguaje instrumental, pero mirémoslo como un aspecto sobresaliente del discurso del médico y su pertenencia a situaciones diferentes de las del paciente. Nos referimos a los *medicamentos*.

Los medicamentos son parte del lenguaje del médico, se insertan en su discurso, constituyen una porción cotidiana de ese mensaje instrumental contemporáneo. Casi diríamos que son la culminación de ese lenguaje. Así queremos mirarlos en este momento.

Los medicamentos prescritos en cada caso, luego de producido su mecanismo de asignación para cada paciente, constituyen un esquema nuevo para establecer papeles diferenciales, sobre todo en estos tiempos donde el poder mitológico de su capacidad curativa crece al amparo de esa vertiginosa expresión de desenvolvimiento, que es la tecnología químico-farmacéutica y la publicidad que la acompaña.

En esta carrera diabólica en la que el lenguaje del médico hace lo posible por acompañar tanta velocidad, el enfermo, que pertenece a un grupo social encerrado en sus determinantes y por eso está envuelto en su ignorancia y sus preconceptos, no tiene por lo menos capacidad para acompañar tanto aceleramiento en el discurso sobre el medicamento.

Por eso obedece y toma los medicamentos involucrados en las órdenes recibidas, en el discurso escuchado y generalmente no decodificado.

Pero el médico, que ahora más que antes es el agente de negocios de las empresas multinacionales productoras de medicamentos, de esas empresas que utilizan sus servicios solo para cumplir con sus objetivos de acrecentar sus niveles lucrativos, ese médico frecuentemente transmite un mensaje que él mismo no ha tenido ni tiempo ni condiciones técnicas para entender.

En realidad, el médico moderno, en los confines del mundo y en las grandes capitales, se une con el medicamento a un acto comercial, forma parte del mecanismo requerido para la distribución y consumo del producto vendible. Para ello, utilizará su figura, su prestigio, su lenguaje, como asignador del consumo para un grupo social, los enfermos, que resultan diferentes.

La historia reciente es testigo de la montaña de medicamentos inútiles e ineficaces, cuando no dañinos y mortales, que los médicos hemos indicado cubriéndolos con el lenguaje más incitante posible. Piénsese solo en los antiarteroescleróticos, en los vasodilatadores cerebrales, en los antiulcerosos, en los antihipertensivos, en los antivaricosos, en fin, en aquellos míticos medicamentos rejuvenecedores, incrementadores de la potencia vital, sexual, laboral, escolar, etc.

Todos ellos estaban y están impulsados por el mensaje de sus productores. La publicidad, en sus diferentes y diabólicas formas, es el mensaje de las multinacionales. Los médicos transforman ese mensaje en su propio discurso frente al enfermo y entregan ese discurso como instrumento final de la relación paciente-médico. Un instrumento que, como acontecimiento histórico-social, cada vez esclarece más la multitud de circunstancias sobre las cuales no actúa ni actuará.

Pero su uso instrumental aparece como necesario e imprescindible para culminación del discurso médico, aunque cada día sus nombres, sus drogas, sus códigos, deban suplantarse porque las de hoy no servirán para mañana. Esta es la velocidad de giro del medicamento que obliga al cambio del lenguaje, pero a sostener un mensaje que poco tiene que ver con la realidad estructural que produce la situación salud-enfermedad.

El discurso médico que avala los medicamentos y sus indicaciones, más allá de su eficacia y seguridad, es el recurso esencial de la sociedad competitiva para garantizar la producción, ese elemento determinante que no solo indica el consumo, sino la cantidad y calidad de este, conforme el juego de las relaciones sociales que ese sistema productivo ha establecido.

El lenguaje del médico impulsa ese mensaje instrumental, que en el medicamento es tan evidente.

En cuanto al *lenguaje del paciente*, su aprendizaje para interpretar el código de los síntomas que experimenta depende de la historia personal y social de él y de la información médica que en su experiencia ha logrado acumular.

Pero en realidad, la inmensa mayoría de las veces, la información médica solo ha contribuido a reforzar la autoridad y el prestigio del médico, dejando o poniendo en sus manos toda interpretación y consejo, que aumenta así la dependencia para con su saber y su praxis.

La profesión médica enseña, pero condena; dice, informa, construye parte del lenguaje y el mensaje del paciente, pero en todo caso este queda supeditado a la influencia y designio del médico. Se trata, entonces, de una educación o información para la ligazón casi sin alternativas con el poder médico.

En realidad, tal información médica en la medicina lucrativa y competitiva solo se da teniendo como estímulo y meta la perspectiva de acrecentar el mercado posible para los bienes y servicios que la profesión produce y está capacitada para dar.

Se trata, en última instancia, de uno de los mecanismos exigibles en la sociedad de consumo para ensanchar la demanda de tales bienes y servicios. No es el único, pero aparece como uno de los más eficaces y de más antigua tradición.

Todo parece estar destinado a que el paciente aprenda un código que se exteriorice en un *lenguaje educado* —mejor sería decir, en un *lenguaje cautivo*— que, entendiendo las emociones, las sensaciones y los dolores o malestares, concluya —este es el fin de la información entregada por el profesional— en las propias manos del médico. No solo no se *propondrá al paciente sustituir parcial o definitivamente* al profesional, ni siquiera pedirle explicaciones o aun discutirle en pie de igualdad sus prescripciones y su mensaje, aunque estas tengan que ver con su propio ser y su propia esencia, sino que ni remotamente será informado, para discutir en su lenguaje de enfermo, la sociedad y el ámbito que lo ha enfermado.

Al transmitirle su mensaje, para que el lenguaje del paciente interprete su estado mórbido, el médico en este mundo competitivo busca consciente o inconscientemente crear un enfermo complaciente que no discuta las esencias, el sentido o la razón compleja de su enfermedad. En realidad, tal mensaje conforma un lenguaje que muestra en sus profundas dimensiones a un ser sometido, humilde y resignado ante tal poder médico, que, como es el poder político, religioso y social en la sociedad capitalista, solo consigue modelar en ese sometimiento el mayor número de personas que deben reconocer la legitimidad impuesta de esas leyes del cautiverio social y la autoridad casi mística de quienes, como los médicos, ejercen por título propio o por delegación la autoridad de la sociedad capitalista.

La información médica, que forma en buena medida parte del bagaje del lenguaje del enfermo, solo tiene como destino atar a sus propios intereses a los que sienten y sufren una enfermedad. Para eso sirve la educación médico-sanitaria que la medicina contemporánea exalta como imprescindible e inclusive como avanzada para la esperanza de la salud futura.

Esta es su trampa hasta aquí. Enseña, dice, aconseja solo para evitar los cambios, para mantener sin transformaciones a esta sociedad, que es en esencia quien enferma y mata. El paciente aprende su código, elabora su propio mensaje y transmite su lenguaje cautivo, de supeditación y dependencia.

La sociedad mercantilizada elige en cada caso sus respaldos; en estas circunstancias, en la situación de la salud-enfermedad, quienes defienden su estilo de vida, la forma de continuar con sus moldes y esquemas, son los médicos y sus colaboradores.

El médico —mejor dicho, la medicina— transmite en clave su información, y cuanto más bajo sea el nivel socioeconómico del receptor menor será el caudal de información. Primero, que se dispense, y, segundo, que se incorpore al acervo personal y del grupo social del paciente.

Precisamente se trata de eso, de que el paciente o el grupo social que tiene más necesidad y perspectivas de modificar las condiciones que producen las dolencias sepan menos, conozcan poco e intuyan lo mínimo requerido. Esa es la complicidad homicida de la clase médica que suscribe a esta sociedad en la que crece y especula. Así fue formada y entonces produce el mensaje adecuado para que subsista su estructura social y no haya cambios, al menos con su anuencia o ayuda. Los profesionales que componen el saber médico otorgan el silencio del mensaje o la debilidad de este, para evitar que se opere en sus receptores, aquellos que más lo requieren, los cambios conceptuales que posibiliten las transformaciones serias y profundas. Por esta complicidad, la clase médica y sus integrantes consiguen permanecer dentro de una sociedad injusta que los utiliza como parte de su permanencia y continuidad.

En resumen, los pacientes, particularmente los enfermos de la clase trabajadora, aquellos que por pertenecer y permanecer en la clase social más necesitada cuentan con una interpretación y lenguaje más pobre, escaso y primario, solo son capaces de identificar unas pocas sensaciones y en general llegan a entenderlas cuando ya es casi tarde para su defensa. Nadie los pudo o quiso educar para percibir antes signos y riesgos, y menos para localizar y entender las razones causales. El mensaje de los profesionales suena como extraño e incomprensible y los enfermos de tal clase social no consiguen, en su existencia individual o como grupo histórico, incorporarlo a su archivo interpretativo.

Además —y esto es trágico—, cuando alcanzan a interpretar un síntoma o un malestar suelen hacerlo con su propio lenguaje, cuyo estilo y código no es exactamente el del lenguaje de la clase superior que el médico emite e interpreta, y por eso el discurso del paciente prefigura casi siempre una página extemporánea y limitada, en el justo momento en que el tiempo y la precisión resultan básicos y elementales para resolver las dolencias.

De esa forma, con su lenguaje, los pacientes no solo no pueden luchar contra las causales, que son en definitiva los rasgos básicos del cambio estructural exigible, sino que ni siquiera llegan a tiempo para su salvación personal. Por esa complicidad, la medicina de la sociedad competitiva contribuye a sostener la existencia de la muerte joven y hasta evitable de las clases necesitadas y ofrece al entendimiento de quien quiera descifrarlas las causas de su ineficacia como instrumento válido para conquistar la salud concreta y posible de nuestros tiempos.

Ahora miremos el lenguaje del enfermo desde el punto de vista de su historia personal y social, y para ello nos ayudaremos con la idea de M. Foucault que enseña que percibir la enfermedad no es otra cosa que percibir el cuerpo.

Comencemos por aceptar aquello que otros han dicho antes que nosotros, en el sentido de que todo el lenguaje corporal, toda percepción de enfermedad en un cuerpo determinado, no es más que una demostración individual de un modelo cultural.

Dejemos de lado que tal modelo, tal esquema cultural, pueda entender o contribuir a su vez a la técnica de la elaboración del problema en cuestión y digamos con mayor claridad que la percepción del propio cuerpo permanecerá sin contenidos y sin capacidades generatrices, mientras no se una a la construcción de su objeto esencial la concepción de que los comportamientos determinantes sociales los marcan y definen. El cuerpo es la expresión de la historia personal y social, cuya determinación es el secreto que exige la última y sustancial explicación.

Para entender tal unidad del cuerpo con los determinantes sociales, es necesario destruir todas aquellas ideas o intenciones parciales que intenten cegar la comprensión integral —o única, mejor dicho— de los comportamientos corporales. Para ello, debe dejarse de lado todo aquello que hace individualizadamente a condiciones sintomáticas, a referencias indirectas, con las cuales se ha esculpido una idea fragmentaria de nuestro cuerpo.

Esta es la lectura que propone la dietética, la sexología, el deporte, la actividad laboral; aun la interpretación psicológica del esquema corporal o aquella otra que perfila el entendimiento del cuerpo a punto de partida de las enfermedades que lo habitan, del embarazo, la edad o el sexo, en fin, del cuerpo como parcialización.

Con esta concepción se mira un solo aspecto de la ecuación vital, una reducción del total del cuerpo o una de sus posibilidades para el encuadre apropiado de esa situación, y así sólo se responde a la necesidad que cada especialista tiene de conducir el cuerpo de su paciente para accionar sobre el mismo.

Resulta necesario dejar de lado esa interpretación unilateral, interesada y especializada que la medicina hace del cuerpo humano, para lograr su entendimiento dentro de los factores determinantes que contribuyen a forjar los comportamientos individuales para cada cuerpo y las relaciones esenciales para los esquemas corporales identificables para cada grupo social.

En cada individuo, en cada cuerpo, el mensaje de su estructura psicofísica tiene que ver con su historia personal, pero también, y en grado máximo, con la historia de su grupo familiar y social. En cada caso esa historia está esencialmente unida al puesto que cada uno de nosotros tiene en el sistema productivo.

Entonces el lenguaje del cuerpo, que impregnará a la enfermedad, el dolor o el malestar, se inscribe en la pasión que nos une inexorable al destino de nuestra clase, a esa que nos dicta nuestra unidad al cuerpo social; y a su vez, la percepción de la enfermedad y el discurso que la traduce explica nuestro cuerpo, nuestra sensación psicofísica y la realidad social que nos une a nuestra historia personal. La base biológica de nuestro cuerpo original y celular tiene una reabsorción vital de la base social que la modeló y la apuntala. De esa síntesis surge el mensaje, con el lenguaje de la historia personal y social del paciente.

Es así que el cuerpo habla como consecuencia de la transformación progresiva y permanente de los actos naturales, genéticos y viscerales en resultados histórico-sociales que rigen nuestra perspectiva de comunicación concreta y real.

El lenguaje de los órganos del paciente tiene que dejar de ser interpretado solo como una respuesta natural *puramente biológica*, para recibirlo como la sumatoria de la base célula-genética con el componente enriquecedor —mejor calificarlo de reconstructor— dado por la base social. Así se transforman los datos naturales que tales órganos contienen en resultados histórico-sociales, por esa remodelación del determinante básico que tiene que ver con la estructura social que impregnó en cada ser a sus órganos y les otorgó un lenguaje diferenciado.

Con este enfoque, para la comprensión última del lenguaje del paciente, siempre debe agregarse una frase para el análisis acabado de sus términos. La frase que falta es *la relación histórico-social*, y esta es más que una frase, resulta un concepto que lleva adherida una interpretación nueva del discurso de la salud-enfermedad.

Esa frase afecta el lenguaje del paciente, porque está dirigida al objeto cuya importancia resalta y a su sombra ese discurso se convierte en un sistema coherente de palabras y términos, que son otros tantos nuevos conceptos que delimitan el objeto que expresa ese lenguaje, es decir, la verdad concreta de tal código.

Así, en el discurso del paciente, cuando se comprende la ligazón de cada componente con la relación histórico-social que él experimenta, se desprende con mayor facilidad la dimensión de los conceptos de *dolor, ahogo, fatiga, puntada, desazón, tristeza*, etc., y a la simple expresión verbal se le adosa el sentido profundo, científico, de agregación conceptual que cada palabra tiene.

La medicina que interpreta la salud-enfermedad como un acontecimiento histórico-social determinado por la estructura en la que existe, le da una nueva interpretación al lenguaje del paciente, y así el discurso del enfermo constituye una transformación para los términos técnicos y una revolución para la explicación de síntomas y signos.

De esa forma es como se llega a la comprensión concreta del origen y naturaleza de cada dolor o malestar, expresado en términos cuya determinación se indaga y puede reconocerse.

Con esta mirada, como diría el mismo Foucault, aunque en otro sentido, se pone en claro una conexión íntima entre el nuevo objeto de la disciplina médica que así lo redescubre (la salud como resultante de los determinantes sociohistóricos) y el lenguaje y el sistema de ideas que expresa a ese objeto, tanto desde la expresión del paciente como desde la enfermedad e inclusive desde el médico.

La articulación estrecha entre el objeto, el lenguaje y el aparato conceptual que le corresponde, al permitir redefinir el objeto en sus diferentes y enriquecedoras aristas e inclusive nuevas caras, provoca sin dudas una transformación en la ciencia médica, que puede así elaborar un nuevo sistema de ideas para la interpretación acabada de la salud-enfermedad. Ese nuevo sistema de ideas, al ratificar la existencia del entramado funcional entre la condición del objeto, la problemática en la que existe y se desarrolla y la condición del lenguaje que lo expresa, construye un sistema operativo, una actividad práctica, que representa un cambio profundo en tanto modifica la sustentación teórica de la medicina.

Con esta concepción cambia la vieja problemática parcial, sostenida en lo biológico, celular, humoral y aun psicológica y/o ambiental, por una nueva formulación histórico-social que perfila una medicina distinta (cuya teoría general aún debe elaborarse), la cual, habiendo cuestionado su antigua base teórica, plantea como problema aquello que hasta ahora se daba como solución causal.

El discurso del paciente ha sido y sigue siendo la mejor pista, la más eficaz para alcanzar mayor precisión en los alcances de la problemática de la salud, siempre que su lectura se efectúe desde esta relación histórico-social. Desde tal arsenal semiológico y con tal relación perceptiva, cada síntoma, cada frase, se desplaza hacia el otro lugar donde aparecen los determinantes.

El diálogo no se extingue en el hallazgo; la nueva teoría contiene en su propia conceptualización y en su correlato, que son sus prácticas y técnicas, problemas que exigen respuestas. No se trata de un instrumento subjetivo e idealista que solo intenta cambiar el enfoque de la interrogación al síntoma o a la enfermedad que expresa el lenguaje del paciente. Constituye un aparato teórico y una actividad concreta que está constituida por la modificación de la definición del objeto último del estudio de la medicina y la reunión final de los fenómenos que impiden o alteran la salud.

Es cierto que la resultante concreta del conflicto salud-enfermedad, el objeto real de análisis, sigue estando allí, conformado por sus mismos componentes y esencias, y no es diferente al que abordaron las teorías miasmáticas, flogísticas, celulares, psicobiológicas y/o ambientales de la medicina.

Pero ahora la formulación histórico-social en la interpretación de la problemática de la salud-enfermedad obliga a producir un rompimiento, una transformación en el enfoque teórico de esa problemática. Se ha producido un cambio sustancial en la estructura del objeto en cuestión. Se ha modelado con tal enfoque, para el conocimiento de esta verdad, una nueva armazón estructural del objeto.

El objeto será entonces la relación histórico-social que inunda al proceso salud-enfermedad y poco tiene que ver con los objetos anteriores, a los cuales, sin negarlos ni olvidarlos, los supera y permite a la medicina distinguir las diferencias y elaborar los conceptos requeridos para entender el nuevo objeto.

Es conveniente adjuntar prontamente que en esta nueva conceptualización que exquisitamente se elabora desde el discurso del paciente no se concibe el referido lenguaje o el mecanismo ideatorio que produce el mensaje como la única y última realidad, calificando a los demás elementos semiológicos y cognoscitivos como simples

abstracciones. En todo caso, ese discurso constituye el más cercano y preciso instrumento para abarcar la problemática que el nuevo objeto de la medicina contiene.

El gran secreto consiste en que la nueva medicina está elaborando el concepto profundo de su objeto y no se remite a escucharlo o traducirlo de lo inmediato, de lo palpable, en el terreno de los acontecimientos de la enfermedad. Esta conducta la encerraría, como la ha encorsetado en el pasado, entre los lazos de un aparato solo empírico e idealista.

Exige una precisa definición del objeto que así desplaza, englobándolos, a los simples enfoques *técnicos*. Esta nueva medicina no se pierde en las estériles discusiones *tecnocráticas* que solo miran una parcialidad de la problemática, precisamente por la ausencia en su horizonte del concreto concepto del objeto.

La mirada profunda hacia el entendimiento que el lenguaje del paciente permite descubre un nuevo concepto en la atención de la salud. En tal conceptualización reside la revolución científica que funda el nuevo paradigma de la medicina, ese que problematiza y complejamente afirma su teoría general en la relación histórico-social determinante del proceso salud-enfermedad. En el lenguaje del paciente comienza su entendimiento concreto; luego el aparato conceptual que surge de esa transformación teórica permite individualizar los conflictos y el esquema técnico-práctico que resulta de tal conceptualización permite buscar la remoción de su causalidad. La medicina deviene así en una ciencia histórica y alcanza la perspectiva de contribuir a transformar a la sociedad, esta que es la causa determinante de la salud.

Por todo esto, sirve excepcionalmente la idea de Grinn en el siglo pasado y recordado en nuestro siglo por M. Foucault, cuando piensa que la anatomía del lenguaje funciona en el elemento de la historia, pues es una anatomía de los cambios posibles que enuncia no la coexistencia real de los órganos o su exclusión mutua, sino el sentido en el cual las mutaciones pueden o no hacerse. La medicina debe contribuir a esas mutaciones o solo terminará siendo un débil ensayo que requiere la sociedad secular para seguir siendo así, exactamente sin cambios.

Accesibilidad jurídica

Partiendo de la Declaración de los Derechos Humanos, el derecho a la salud constituye un principio con aceptación universal y se ratifica en todos los casos la imperiosa obligación de garantizarlo jurídicamente.

Cada comunidad ha desarrollado un conjunto de normas legales que aseguran a cada persona la posibilidad de alcanzar los recursos sanitarios existentes en su medio, cuando así lo requiera el cuidado de su salud y el de sus familiares.

Se busca por tal medio brindar el respaldo de la ley para acceder a su utilización. Esta es la accesibilidad jurídica, teóricamente reconocida en las comunidades organizadas.

El derecho intenta así eliminar algunas contradicciones sociales provenientes de la traducción directa de las relaciones sociales y elevarlas por estos carriles jurídicos

a la consecución de un sistema social con más armonía. Las legislaciones sobre la salud, que lógicamente no son ajenas al sistema social existente, ejercerán de cualquier manera alguna interacción sobre el sistema y por consecuencia su signo, tendencias y eficacia le son impuestas.

Kelsen decía en la década de 1930, que “el derecho no es un fin sino un medio”, y desde ese punto de vista resulta “una técnica de coacción social estrechamente ligada a un orden social que ella tiene por finalidad mantener” (Kelsen, 1960, p. 74).

Así entonces, el derecho, la capacidad jurídica de la sociedad, es distinto según el sentido de la propiedad y, de tal forma, secundario con respecto a las denominadas relaciones de producción.

El mismo Hegel establecía que el derecho se identifica con la propiedad, y decía: “el hecho que yo tenga alguna cosa en mi poder externo, constituye la posesión [...] siendo así lo verdadero y lo jurídico, la determinación de la propiedad” (Hegel, 1975, p. 44). El principio jurídico hace de la propiedad un fin en sí mismo y, conforme surge de la conceptualización hegeliana, el derecho es así una ideología destinada a sostener el sistema político fundado en la propiedad privada. El sistema jurídico asegura el derecho de propiedad y el de contratar, que es su extensión.

También Max Weber ratifica esta idea básica de la dependencia del orden jurídico, del poder material, diciendo que fue necesario entender “el importante problema de la influencia que ejercen las formas políticas de dominación sobre las cualidades formales del derecho” (Weber, 1974, p. 603), explicando además que

...la vieja administración de justicia por el pueblo, originariamente un procedimiento expiatorio entre los clanes, es en todas partes despojada de su primitiva irracionalidad formalista gracias al influjo del poder de los príncipes y los magistrados [designados por el príncipe] y en ciertas circunstancias, del poder sacerdotal organizado, al mismo tiempo que sufre la influencia persistente en su contenido jurídico por parte de esos poderes. (Weber, 1974, p. 604)

Es que esos poderes, agrega M. Weber, tanto el “racionalismo” de los jefes, como el de los príncipes patrimoniales, tienen un carácter material, aquel que Hegel definía sin eufemismos como “el determinado por la propiedad”.

Así entonces, a la garantía universal del derecho a la salud, impreso como condición natural para los países organizados del orbe, se le aparea la desigualdad concreta que surge de dos realidades cotidianas en esos países. La primera, la propia discriminación que las leyes y sus reglamentaciones hacen con respecto a determinadas posibilidades para la obtención de la atención médica, especialmente para los que se encuentran entre los desposeídos o *necesitados de alta necesidad*. La segunda, la que se expresa por la sola razón de pertenecer a la cotidiana diferenciación de los que no tienen medios económicos y por lo tanto representan a los desposeídos, aquellos que diariamente se encuentran en la imposibilidad de lograr los mínimos requisitos que obligatoriamente la sociedad les impone para subsistir. La OMS calcula para 1978 que son más de 1.000 millones de personas de este mundo en explosivo avance

tecnológico las que están afectadas por una combinación de carencias y enfermedades nutricionales. Son los mismos que se encuentran incluidos en la garantía universal del derecho a la salud, como también lo están los niños menores de cinco años, que en 1975 tuvieron unos 50 millones de episodios diarreicos y más de 15 millones de muertes (OMS, 1978), así como lo que H. Maler, el director de la Organización Mundial de la Salud, incluía el 7 de abril de 1974, cuando, hablando con motivo del Día Universal de la Salud, decía que “millones de personas viven bajo la amenaza del hambre y la malnutrición”, que le cuesta a América Latina una mortalidad “*innecesaria*” de 2.000 niños por día, conforme lo declara M. Behar en 1974 (Puffer & Serrano, 1973, pp. 169-175), como son también los niños que mueren en América por malnutrición e inmadurez y que el estudio de la Organización Panamericana de la Salud realizado desde 1968 a 1971 demostró que sobre 35.095 defunciones de menores de cinco años, 19.994 —el 57%— se debieron a ambas causas de malnutrición e inmadurez. La tasa por 100.000 habitantes llega a 952.

Ese mismo fenómeno en nuestro país, estudiado en esa investigación en Chaco y San Juan, brinda estos resultados: el 62,2% de las muertes de Resistencia y el 51,3% de las muertes de los departamentos rurales del Chaco se deben a estas dos causas; y en San Juan el 53,4% de las muertes de la Capital, el 57,8% de las muertes de los departamentos suburbanos y el 54,9% de las muertes de los niños menores de cinco años de los departamentos rurales reconocen estas dos causas.

Las tasas por 100.000 habitantes son 1286,5 para Resistencia, 1223,6 para los departamentos de la provincia de Chaco; 689,4 para la ciudad de San Juan; 1269 para los departamentos suburbanos de esa provincia y 1318,7 para los rurales. También estos niños estaban incluidos en el derecho garantizado universal y nacionalmente a la salud y murieron antes de cumplir cinco años por malnutrición e inmadurez (Puffer & Serrano, 1973, pp. 169-175).

Sus padres en la ciudad de Resistencia eran el 49% artesanos y en los departamentos rurales del Chaco, el 57,7% agricultores y el 23,2% artesanos.

En San Juan ciudad, el 33,2% artesanos y el 14% vendedores; en los departamentos suburbanos, el 31,2% agricultores y el 37,1% artesanos; en los departamentos rurales, 61,2% agricultores y el 14,1 % artesanos. De esta forma, más del 63% de los padres de niños fallecidos en el período neonatal eran semiespecializados y no especializados; cerca del 71% del período posnatal fallecidos pertenecía a esas categorías laborales y entre el 73% y el 67% eran padres semiespecializados y no especializados de los niños fallecidos entre uno y cuatro años.

En cuanto a sus madres, más del 45% de ellas pertenecían a la categoría de mujeres sin educación primaria o con hasta dos grados, viendo que en Chaco esa proporción cuando se estudian las muertes neonatales llega al 50,9% y las posnatales al 64,4% (Puffer & Serrano, 1973, pp. 288-304). De cada diez niños fallecidos en el Chaco argentino en el período posnatal, más de seis son hijos de madres que no llegaron a más de dos grados en la escuela primaria.

Estas son las cotidianas discriminaciones en el campo de la salud, que implican pertenecer a la clase de los desposeídos y que tornan hipócrita o al menos ridícula

la declaración jurídica de la igualdad de los derechos de la salud para todos los habitantes de nuestro suelo.

Esa doble discriminación, una jurídica real o de la legislación concreta y otra material, la de la injusticia social diaria, es una única expresión causal que está referida al puesto que cada uno puede desempeñar en el campo de la producción social.

El error ha consistido en creer que los derechos universales, entre los cuales está este del derecho igualitario a la salud, suponen la expresión total de la comunidad. Esto es falso; no expresa a toda la población, sino que identifica, manifiesta la condición de la clase dirigente y a lo sumo de algunos sectores que le son aliados. Estos grupos han impuesto a toda la comunidad las normas jurídicas y de conducta ligadas a su razón social de existir y a su desarrollo.

En realidad, resulta claro comprender que la función primordial del derecho y las leyes que lo justifican consiste en presuponer que todos los ciudadanos acepten libremente los lineamientos marcados por las leyes que se les impongan por el solo acontecimiento de ser leyes, especulando con la idea de que todos pueden convertirse en miembros de la clase poseedora o dirigente. Vale decir que esta conceptualización lleva, una vez más, implícita la utopía del liberalismo que el siglo XVIII, fundamentalmente desde la Revolución francesa, quiere aún incorporarnos como cierta, valedera y posible.

Esa igualdad ante la ley para la garantía de la salud aparece francamente desvinculada de la realidad cotidiana y su enunciado es solo, cuando más, una aspiración de justicia, cuando no una fórmula utilizada por la sociedad competitiva para disimular en las formalidades de sus articulados y enunciaciones la deplorable división de la riqueza social, que es, por otra parte, la base de sustentación cierta de tal sociedad.

No es difícil advertir las contradicciones entre la declaración formal del derecho a la salud y la agobiante situación sanitaria por la que atraviesa buena parte de la comunidad nacional, como la de otros lugares del mundo. La letra de la ley expresa un derecho que no se compadece con esa realidad cotidiana.

Por otra parte, la accesibilidad jurídica se refiere a la obtención de una medicina igualmente oportuna y de alta calidad para todos los integrantes de la comunidad, y esta es también una declaración formal que ofrece a cada paso la posibilidad de comprobar su falencia.

Desde los lejanos tiempos de Hipócrates, y lógicamente también desde antes, hasta nuestros días siempre ha sido posible diferenciar una medicina para pobres y otra para ricos, aunque las disposiciones jurídicas, éticas, religiosas, sancionaran la igualdad de la población ante los requerimientos de salud.

Platón, mucho antes del cristianismo, refrendaba con su descripción en los diálogos *Carmides o de la sabiduría* una medicina distinta para los hombres libres y ricos, otra para los libres y pobres y una tercera para los esclavos.

El cristianismo, por su parte, formalmente asentará su concepción justiciera para “el tratamiento médico con la exigencia de la condición igualitaria” (Lain Entralgo, 1946, pp. 125-126). Pero lo cierto y real es que después, en el siglo XIII, Arnaldo de Vilanova distinguirá sin rodeos, una vez más y más allá de las declaraciones formales

y eclesiásticas, varias formas de atender al enfermo, condensadas en su idea de *una medicina para ricos y otra para pobres*.

Esto es lo que le hace decir a Lain Entralgo que “la estructura de la sociedad medieval se hace patente en la ordenación social del tratamiento médico: a cada una de sus clases corresponde un peculiar modo de la asistencia al enfermo” (Lain Entralgo, 1964: p. 174), y sin olvidar que en dicha Edad Media, “la mayor parte de los médicos eran monjes y que sus patrones éticos eran fijados por la Iglesia” (Sigerist, 1974, p. 24). Esta se ve obligada a imponer su autoridad ante las tergiversaciones que sus miembros médicos han implantado en el ejercicio cotidiano. Los concilios de Clemon en 1131 y el de Letrán de 1215, al no poder reimponer la idea de la igualdad terapéutica, sancionaron la prohibición eclesiástica del ejercicio clerical de la medicina y de participar en cualquier acto quirúrgico (Sigerist, 1974, p. 24), habida cuenta de la diferenciación que por razones de lucro hacían los clérigos que ejercitaban la medicina.

Después la Revolución francesa pondrá en carne viva la diferenciación en el tratamiento médico frente a poderosos y menesterosos, como, en la propia Francia, el Informe L. R. Villermé de 1840 sobre los obreros textiles o en Inglaterra, también en la mitad del siglo pasado, el Informe Chadwick, que demuestra una vez más la relación entre pobreza y enfermedad y diferencia las perspectivas que tendrán los menesterosos para lograr mejorar su salud, condenados por el medio social, económico y geográfico.

En realidad, la historia ha sido testigo en cuanto a la persistencia de esta diferenciación injusta y también de los esfuerzos de las comunidades por hacer desaparecer tales diferencias en la atención de la salud.

Todos los movimientos de transformación social que se produjeron violenta o pacíficamente desde la mitad del siglo XIX hasta nuestro tiempo presentan reconocibles contenidos de preocupación para con la salud de la población, tendiendo, aún al final de este siglo, a erradicar esa diferencia histórica que está consustanciada con la sociedad competitiva y que es parte y consecuencia de ella.

De todas formas, esta diferente *medicina para los ricos y medicina para los pobres* no puede ser considerada como una excepción de esa sociedad. Se trata, quizás, de la más irritante diferencia, pero es en definitiva la consecuencia inevitable de la diferente posición que sus componentes tienen en el sistema productivo y, lógicamente, de la también diferente participación en la distribución de la riqueza social.

Los medios y recursos que tiene una comunidad para proteger y reparar su salud son parte de esa riqueza social; de allí que sea natural encontrar en la sociedad competitiva claras diferencias en cuanto a la perspectiva de ricos y poderosos frente a la salud con relación a los pobres, menesterosos y aun simplemente frente a los trabajadores. La diferencia está en la raíz y esencia de tal sociedad competitiva. De allí la diferente accesibilidad jurídica.

En este siglo XX o prácticamente desde sus albores, dado que Bismarck comienza el desarrollo del sistema de la seguridad social en 1883 o antes, desde las agrupaciones mutuales del medioevo, es este uno de los mecanismos que las comunidades

han elaborado para disminuir en el campo de la salud las diferencias económicas que se han mencionado.

Desde otro enfoque —o aun desde el mismo, pero observando las diferentes y complejas formas de la realidad—, la creación de la seguridad social en el mundo puede considerarse como una necesidad del sistema productivo o la respuesta de la sociedad competitiva a la presión creciente ejercida por las grandes mayorías, orientada a la necesidad de garantizar la cobertura frente a los riesgos sociales, particular y especialmente frente a la enfermedad para esas mayorías, como elementos esenciales de la producción. La seguridad social aparece como respuesta para garantizar la existencia y el poderío de la fuerza del trabajo en su contribución a la creación de la riqueza social a través del aparato productivo.

Así visto, los sistemas de seguridad que cubren también a la salud o aquellos que solamente se ocupan del riesgo de enfermar y constituyen parte de la seguridad social aparecen como mitigando o disminuyendo las diferencias señaladas en la existencia de las dos medicinas, la de los ricos y la de los pobres. Sin embargo, esencialmente este enfoque permite comprender que las metas de la seguridad social han apuntado hacia el logro de la pronta recuperación de esa fuerza de trabajo y con ello su reimplantación a pleno en el aparato productivo.

De igual modo, la implantación y desarrollo de la seguridad social conformó un mecanismo idóneo para disminuir las tensiones sociales que la presión justiciera de las grandes mayorías ejercía sobre el aparato estatal. La historia de la seguridad social refrenda este aspecto de su crecimiento en el mundo, tanto desde su puesta en marcha como en sus últimas alternativas y diferentes países. Se buscaba un mejor acceso jurídico a los bienes y servicios sanitarios. Lo cierto es que la seguridad social en el esquema global de la sociedad contemporánea ha resultado muy buen instrumento para aplacar expectativas, frenar convulsiones y finalmente obtener mejores y a veces plenas condiciones para que la fuerza laboral prosiga su historia en la génesis de la riqueza.

Ha cumplido ese doble objetivo: más que romper la diferencia de las dos medicinas, ha servido para mitigar las tensiones sociales y recuperar la salud del trabajador, colocándolo en condiciones de reimplantarlo con aptitudes hábiles para proseguir con su papel en el aparato social.

Por otra parte, la seguridad social ha logrado sin dudas otorgar a la comunidad mayor acceso a los bienes y servicios y representa como meta en sí misma una verdadera conquista. Pero es esencial no perder de vista la ubicación señalada en el campo global de las relaciones sociales y comprender que su implantación jurídica, que aparece como una fórmula de justicia y de equidad, es solamente una alternativa buscada para paliar las consecuencias de la desigualdad, sin tocar ni intervenir sobre las causas de la desigualdad. Una vez, más la verdad está en otra parte. La seguridad social trabaja fundamentalmente para mantener la situación social, cambiando algo para que no cambie nada.

También debe advertirse que en casi todo el mundo el sistema de seguridad social se financia especialmente con los salarios de los trabajadores, con sus formas directas o con sus partes ocultas, pero obreros al fin y al cabo. El sistema es, así, parte

indisoluble del trabajo del asalariado, cuyo aporte por su propia vía (salario real) o por la del empleador (salario oculto) representa la base económica de la seguridad social.

Cuando el Estado participa como tercera fuente de recursos, lo hace generalmente a partir de rentas generales, en cuya creación los trabajadores tienen decisiva y notoria participación.

Buena parte de la historia de los servicios referidos a la salud que han crecido dentro de la vigencia de la seguridad social son lógica consecuencia de la incapacidad del sector público, del presupuesto estatal, para responder a las exigencias y requerimientos crecientes de los trabajadores y necesitados.

En la medida que el sector público, para responder a las expectativas de los asalariados en el campo de la salud y también en otras exigencias sociales, debía lograr medios que disminuían las posibilidades de las clases poseedoras y dirigentes, el Estado utilizó esta salida de la seguridad social que aparece jurídicamente como una respuesta igualitaria.

El compromiso estatal del fortalecimiento del sector público sanitario en todo el mundo para dar respuesta a las expectativas de las grandes mayorías se desplaza hacia la seguridad social, porque allí el esfuerzo cierto y verdadero era y es el esfuerzo de la propia fuerza del trabajo medida a través de su salario.

De esta manera, al disminuir la presión de los requerimientos sanitarios sobre el presupuesto global, el alivio financiero que ello determina permite disponer de una masa significativa de dinero para utilizar en aquellas exigencias que hacen a los intereses directos de las clases poseedoras, que son lógicamente los factores que ejercen el poder estatal o bien que orientan y dirigen los negocios del Estado, en su nombre propio o en el nombre y representación de los verídicos intereses hegemónicos de esa comunidad.

La seguridad social es entonces sostenida directamente por el salario de los trabajadores y ha representado de esa manera una solución inteligente de las clases dirigentes, primero para mitigar el peso de las exigencias sociales y de salud sobre las rentas generales; segundo, como la mejor alternativa para brindar los bienes y servicios que la fuerza del trabajo requiere para su propio sostenimiento a fin de seguir siendo útil en el aparato productivo, logrando su pronta recuperación frente a la enfermedad y obteniendo su reimplantación en dicho sistema de producción; y finalmente ha significado un mecanismo hábilmente utilizado en el siglo XX para frenar las explosivas expectativas y requerimientos de los trabajadores en el campo de las conquistas sociales. Es bueno recordar que en casi todo el mundo occidental el sistema de la seguridad social está sostenido en su casi totalidad por el salario del trabajador, que eufemísticamente en algunos autores aparece mencionado como el “salario social”, seguramente para incluir así la parte correspondiente al aporte patronal, que no resulta difícil comprender que debe incluirse como salario oculto y parte insoluble del salario del trabajador.

Todo lo que hemos expuesto para el desarrollo de la seguridad social y esencialmente para su importante componente del derecho a la salud, nos permite entender sin engaños ni recortes teóricos que estos avances no han obedecido exclusivamente a decisiones técnicas o, si se prefiere, no han sido la consecuencia de una racionalidad

científica que buscaba la disminución de las diferencias sociales vigentes. En realidad, la seguridad social ha respondido al esquema de sociedad que cada sistema del poder ha decidido implantar. La capacidad de respuesta de la estructura dominante para determinar ese esquema ha constituido el camino mejor elegido para mantener sin fisuras dicha estructura.

Las leyes, que fueron constituyendo los esquemas organizativos que formalizaron la seguridad social y con ellas la incorporación de más habitantes al acceso de los bienes y servicios que garantizaban, también nacieron como consecuencia de las presiones que ejercitaron los representantes más desamparados de esas sociedades.

La conquista de tales derechos sociales se produce a medida que los ciudadanos refirman sus derechos políticos y civiles, destinados a lograr acrecentar los instrumentos que les permitan acceder a mejores condiciones de vida. Son los grupos de las clases pobres, afectados profundamente por la desigualdad económico-social, los que presionan.

El poder verdadero percibe la intensidad de la explosión que se avecina y accede con inteligencia a otorgar parte de la accesibilidad jurídica que se exige. Fue necesario ceder algo para sostener intacto el edificio social.

Esta participación en los seguros de enfermedad o en la garantía para hallar soluciones a los apremiantes problemas de salud de la población, como parte de la seguridad social, sirvió sin dudas para obtener una mayor integración en la redistribución del ingreso, posibilitó a más población obtener bienes y servicios que antes les fueron negados por simples cuestiones económicas, significó una mejor accesibilidad jurídica y aparece como desdibujando las diferencias de la medicina para ricos y para pobres.

La seguridad social resulta, así, una parte de la institucionalización de la igualdad jurídica ante los riesgos y contingencias en que se ve enfrentado el individuo y su familia.

Pero es bueno retener que históricamente su implantación siempre ha obedecido a la presión peligrosamente ejercida por los desamparados, especialmente expresada en los procesos de industrialización en desarrollo que la estructura hegemónica del poder ha permitido la obtención de mayor participación como una fórmula para refirman ese poder; que los derechos otorgados mitigaron en algo la brecha que se había profundizado entre los poseedores y los necesitados; que además, y de todas formas, era preferible acortar esa brecha, casi otra vez a niveles gobernables, antes que asistir a la ruptura definitiva de esos sistemas. La seguridad social aparece como el derecho social específico que los trabajadores exigen en la sociedad industrial que se implanta.

Los gobiernos, que obedecen a las fuerzas hegemónicas, a las estructuras dominantes que son su respaldo y esencia, ceden exactamente hasta donde era posible ceder. Lo demás debe seguir en sus manos y así permitir que el poder siga sin fracturas invalidantes.

La Seguridad Social, especialmente con la inclusión del seguro frente al riesgo de enfermar, fue uno de los costos de la clase trabajadora que la sociedad debió reconocer para obtener su tránsito a la sociedad industrial.

La revolución industrial, que significó la acumulación del capital y la concentración de los medios de producción, requirió de la existencia de mano de obra en condiciones de responder a la exigencia del sistema económico-social que se desarrollaba. La seguridad social es uno de esos precios. La fuerza del trabajo parte de ese mecanismo al que debe mantenerse fluido y apto. La respuesta organizada consistió en salir a cubrir los riesgos máximos que pueden perturbar a dicha fuerza laboral. Los seguros sociales acompañan esa acumulación del capital y la concentración de los medios de producción.

El progreso técnico que se incubaba detrás del desarrollo de la sociedad industrial engendra nuevas y más complejas formas de la sociedad competitiva. Ahora transcurre el momento histórico del consumo. La exigencia para seguir sosteniendo el sistema de economía desarrollado caracteriza a un período más elevado aún. Ahora se expresan los requerimientos de esa sociedad competitiva en pleno desarrollo, buscando una ampliación de la zona de participación de la fuerza del trabajo en los bienes y servicios que *en condiciones de abundancia* ha generado la industrialización. También la seguridad social servirá como respuesta para que la clase trabajadora participe en el consumo que exige la supervivencia del sistema. El seguro frente a la enfermedad también incluye el consumo de la tecnología que ha sido o, peor aún, sirve para impulsar su creación y crecimiento. También se complejizan los sistemas de seguridad social, que acompañan, sin abandonarla un segundo, a la sociedad competitiva que la engendró y para la cual trabaja. Forma parte de la *sociedad de consumo*. Pero volvamos a nuestra realidad cotidiana, aceptando que la seguridad social ha sido el mecanismo administrativo que, como consecuencia de las fuerzas sociales en pugna, se construye para posibilitar la accesibilidad jurídica que el sistema requiere.

Este concepto incluye la suposición de creer que, al garantizar la financiación de la salud o parte de ella por vía del seguro, se modificarían la naturaleza y el ejercicio de la atención médica que se brinda, nivelando o superando las diferencias que se señalaron.

La existencia histórica de los sistemas de seguridad para la salud demuestra que la accesibilidad jurídica buscada y con ello la financiación para la demanda no han producido cambios en los sistemas de atención médica, sino que, por el contrario, los sistemas creados se han incluido, paciente e inteligentemente, dentro de las exigencias de los sistemas de producción dominantes en la cobertura de la atención médica.

En nuestro caso, la evolución de las obras sociales, que transformó el seguro en obligatorio y universal y creó una aparente nivelación jurídica y económica frente al riesgo de enfermar, ha producido una expansión casi detonante de la demanda de servicios, y precisamente este desarrollo ha evidenciado mejor las deficiencias y diferencias injustas del sistema de atención de la salud.

Las obras sociales siguieron claramente el proceso de industrialización en el país. Representaron formalmente un avance en la equiparación de los derechos frente a la salud. También sirvieron a las exigencias del sistema productivo y no lograron más que escasos cambios de superficie. En la profundidad, el sistema de atención médica siguió fiel al sistema social al que pertenece. Además, hoy puede advertirse

que, paradójicamente, sirvió para evitar el cambio en el sistema de producción de la atención médica y evitar el derrumbe de su estructura por falta de poder adquisitivo de la clase trabajadora para sus bienes y servicios.

Las obras sociales organizaron jurídica y financieramente a la demanda de salud para ponerla a disposición de la oferta, es decir para ponerla al servicio de los proveedores de tecnología médica, de los sanatorios y particularmente de la profesión médica y de los productores de medicamentos.

Esta es la realidad concreta. Un sistema, cuya filosofía se inclina por la solidaridad grupal y una financiación para lograr compartir los riesgos, le entrega su capacidad de demanda a la voracidad interminable de otro sistema, el de la actividad privada, cuyo rasgo fundamental es la búsqueda incesante del lucro.

En nuestro país estas organizaciones, que conocemos con el nombre genérico de *obras sociales* y que forman parte de nuestro régimen de seguridad social, también reconocen, como hemos dicho, su impulso creador en el proceso de industrialización y en el fenómeno de urbanización que lo acompaña.

Así, las obras sociales, la concentración demográfica en las grandes ciudades, la aparición de un noviembre político que, como el peronismo, será intérprete de la clase trabajadora, y, en fin, la transformación de la estructura productiva del país son fenómenos contemporáneos que esencialmente reconocen a la década de 1940 como el instante del comienzo de su proyección.

Para las obras sociales, su expansión y crecimiento cuantitativo y cualitativo aceptan como antecedentes inmediatos, que favorecen su participación casi imprescindible en el desarrollo industrial, el declarado favor del poder público, que inicia con sus propios agentes las obras sociales gubernamentales; las anteriores y casi languidecientes mutuales y entidades de socorros mutuos, y el incuestionable peso del sindicalismo fortalecido por el proceso de industrialización.

Ese antecedente histórico de las mutuales y sociedades de socorros mutuos constituye parte de la historia social argentina, ya que, como en el caso de los sindicatos y agrupaciones de trabajadores, recibieron el influjo inicial de los grupos de inmigrantes que trajeron desde su tierra de origen el germen inicial de la solidaridad y la unión de clase, como una de las perspectivas conscientes para lograr algún respaldo para su participación en el producto social.

Estas sociedades de socorros mutuos o estas mutuales obedecieron preferentemente a determinados grupos étnicos o a nacionalidades predominantes dentro del espectro de la emigración. También, como los sindicatos o como las asociaciones de trabajadores que ayudaron a fundar al final del siglo pasado y en las primeras décadas del siglo XX, no lograron insertarse vigorosamente en la realidad social, pero constituyeron sin dudas parte de los materiales con los cuales pudo crearse el esquema de seguridad social que hoy conocemos.

Es interesante observar que, como el proceso sindical argentino, el movimiento mutualista en nuestro país crece con dificultades, hostigado por el régimen político en vigencia, desconocido por los propios trabajadores o, mejor dicho, considerado con cierta indiferencia, posiblemente motivada por su falta inicial de identificación

con el proceso productivo o por carecer de profunda identificación con la realidad social existente en nuestro medio.

Lo cierto es que, al aparecer el peronismo en la historia política nacional, tanto el mutualismo como el sindicalismo producirán un desarrollo desconocido hasta ese instante y generarán, como uno de sus más importantes frutos sociales, el surgimiento de las obras sociales.

Desde el poder público, creando las propias obras sociales del Estado, desde cada sindicato, a punto de partida del poder que generan por su participación en el proceso social, esencialmente desde las convenciones colectivas de trabajo y básicamente desde la transformación que se produce en el país en dicha década con el incremento sustancial del producto generado por la industria; desde tales puntos de arranque pueden visualizarse los elementos con los cuales se conforma definitivamente la seguridad social argentina, que aún a 40 años de distancia sigue vigente en el país.

Este es el momento de producir una reflexión sobre la naturaleza política de la seguridad social, sobre todo observada a la distancia histórica y con la experiencia del deterioro en el que en estos momentos se mueve.

Parecería que la seguridad social resulta un camino apto para lograr una mayor participación de los trabajadores en la justicia social. Al menos, en cuanto hace a la obtención de una mayor accesibilidad jurídica y real, ante los requerimientos de salud, así ha sido en nuestro caso.

Pero es necesario recapacitar y entender que esta ha sido una solución generalmente propuesta por el Estado conciliador que intenta una negociación social tendiente a evitar un enfrentamiento de clases, que parece de otra forma inevitable. Con esta vieja y conocida maniobra, tanto el poder público de Bismarck como el de De Gaspari, el de Franco y, desde otro enfoque y por otras razones históricas e ideológicas, el de Perón de 1945 logran garantizar el mantenimiento de un estado social que busca evitar el conflicto o logran acompañar y hasta monitorear la transformación.

Decíamos que el de Perón del 45 muestra otro enfoque y otras razones históricas e ideológicas porque la concepción de las obras sociales se inscribe en el marco de la unidad de las fuerzas nacionales para el enfrentamiento conjunto de los componentes económico-políticos de la dependencia.

Las obras sociales fueron y son para el peronismo más profundo un elemento clave de la búsqueda de la consolidación del poder popular, en camino hacia la conjunción de fuerzas que se concibió como la alternativa válida para la lucha por la liberación.

No cabe duda de que ante tal presentación teórica pudieron producirse descuidos o diferencias técnicas y aun conceptuales para la consolidación de tal frente. Así, el esquema jurídico que propuso la solución en el terreno de las prestaciones se inició proyectando la propia capacidad instalada para el sistema, pero luego fue perdiendo tal tendencia y no expresó la posibilidad ni el hábito para la derivación hacia el sistema sanitario que el Estado tiene en funcionamiento. En cambio, fue proponiendo y creó un nuevo sistema que finalmente, según la historia lo fue

demostrando, sirvió para disminuir la posibilidad del sector público y acrecentó hasta lo imposible a los prestadores privados de la atención médica.

El sistema de seguridad social, que nació como una necesidad con el fin de obtener una accesibilidad jurídica para las grandes mayorías al sistema de atención médica, llega hoy, en nuestro país, a casi medio siglo de su nacimiento, a darse cuenta de que ha servido para garantizar el desarrollo y la predominancia del sector privado, que, como es lógico entender, solo está interesado en lograr un incremento sostenido de su objetivo esencial, el nivel de sus ganancias.

Aquel diálogo inicial, dubitativo y confuso con respecto a la inserción de la seguridad social y del sector público en el desarrollo de la atención médica hoy ya es claro y concluyente. La seguridad social de un sistema nacional de salud que reconoce como objetivo la salud de la población, separa para siempre de su campo la ambición de grupos o sectores que esperan obtener lucro de su funcionamiento.

Esta misma duda y preocupación, que se advierte en las manifestaciones de Perón y de Carrillo cuando fundamentan el concepto partidario de la salud y la seguridad social, se repite treinta años después cuando se discute y se sanciona la Ley 20748 del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Entonces, el movimiento gremial argentino se opone a integrar sus obras sociales en el naciente Servicio Nacional de Salud. Seguramente que había argumentos históricos para encontrar razones para tal posición. Pero la sanción del artículo 36 de esa ley, que exceptúa la incorporación de los establecimientos y servicios asistenciales pertenecientes a las obras sociales al Servicio Nacional de Salud, en el instante social en que se produce representa un freno indudable a la perspectiva de profundización del proceso de transformación del esquema sanitario argentino. Había argumentos de peso para proceder de esta manera. El movimiento gremial los esgrimió con fuerza y decisión y obtuvo la sanción de ese artículo 36. Fueron argumentos del pasado, sostenidos tal vez por la historia, antes, pero por otras razones históricas.

Así el proyecto del Servicio Nacional de Salud se posterga política y operativamente, ahora desmembrado básicamente por una realidad económico-social que no alienta el crecimiento y la maduración global del país, posiblemente enredado en perspectivas sectoriales y por lo tanto sin producir el desenvolvimiento liberador de las fuerzas productivas nacionales.

Pero también fracasa porque los dirigentes sindicales, alentados por el predominio sectorial que ejercieron desde las obras sociales, no quisieron, y no les faltaban razones para ello: jugar lo conquistado a un proyecto nacional, sobre el cual no tenían todas las seguridades que su pasado les otorgaba. Pero esto es historia y a tal historia resulta difícil inyectarle suposiciones y hasta proyecciones.

Lo cierto es que, con la experiencia vivida en la consolidación de sus obras sociales, los trabajadores defendieron sus conquistas, más allá de que así pudiera cristalizarse un equilibrio que finalmente fuera a resultarles (como ahora se visualiza, al menos) poco favorable.

En ese equilibrio los dueños de los instrumentos generadores de la actividad sanitaria —es decir, las instituciones médicas, los dueños de clínicas y sanatorios, los fabricantes del equipamiento, los propietarios de los laboratorios de medicamentos

nacionales y multinacionales—, mantienen ese esquema estable de la sociedad competitiva y así permiten el crecimiento desmesurado del sector privado y frenan la única perspectiva de llegar a una genuina experiencia transformadora con el Servicio Nacional de Salud.

Pero es conveniente delimitar un tanto la situación en torno a estos aspectos de la seguridad social que genera el peronismo porque representa uno de los momentos históricos de mayor trascendencia en el desarrollo político-social argentino.

Allá por 1945-48, tanto Perón como Carrillo creen en una asociación de los tres sectores de salud: el público, el privado y el de las obras sociales. La conciliación de los intereses en pugna que significa la postura política del peronismo en ese momento representa en su concepción sanitaria un avance para la época en que plantean tal solución para el país. Por otra parte, responde a la gran necesidad de consolidar el frente nacional contra la dependencia. Es la concepción de esa revolución paradigmática que el peronismo lanza por la conquista de la justicia social en el ámbito del Tercer Mundo.

No es necesario destacar el valor social que significa haber creado sin ambages y sin reticencias un sistema de seguridad social. Tampoco es necesario relatar todas las ventajas y soluciones que el sistema aportó a los requerimientos y exigencias de la clase trabajadora en pleno ascenso en nuestro país. Realmente estas soluciones también contribuyeron en grado apreciable a hacer posible el nivel de accesibilidad jurídica al que debían tener derecho los componentes de una nación en vías de desarrollo y particularmente su clase trabajadora.

Para el estricto campo de la seguridad social, esta concepción hace posible el cumplimiento de la unidad del frente nacional, que suscribe el peronismo en su irrupción en la política nacional. Estamos en 1945 y esta era indudablemente la brecha por la cual podría lograrse una efectiva participación de la clase trabajadora en el producto social y también el mejoramiento del sistema productivo con nuevas injerencias de los empresarios nacionales.

Esta unidad social resultaba el proyecto político viable para producir el quebrantamiento de la injusta situación en que vivía el país. El peronismo la hace posible y los sindicatos y las obras sociales son las organizaciones institucionales que forman la meta para la seguridad social y representan una base operativa esencial para el objetivo político fundamental.

El propio Carrillo, ese brillante neurocirujano que también deslumbrará con su pensamiento y ejecutividad en el campo de la política sanitaria, comprenderá el peso de las dificultades conceptuales a que lo obliga el papel integrador del Estado justicialista y, a pesar de decir que la sanidad “ya no es un problema social que pueda resolverse con mutualidades” (Carrillo, 1976, p. 329) y creer firmemente que “la salud es materia del Estado” (Carrillo, 1976, p. 30), encontrará los elementos para comenzar a conciliar las posiciones encontradas que en el Estado competitivo neocolonial tienen los sectores en juego. Carrillo desempeñará un trascendente papel en torno a la unidad conceptual en la política sanitaria y es elemental comprender que lo hace y proyecta desde el propio Estado justicialista, concebido como compuesto por las fuerzas populares que van hacia la consolidación de su propio poder.

Las obras sociales, esencia de la creación peronista, salen a cubrir un territorio que el Estado neocolonial había dejado vacante y lo hacen desde la elocuencia y la eficacia que puede pedírseles a las organizaciones libres del pueblo, que no reparan en particular sobre el principio de unidad y centralización que podría exigir una política ortodoxa para el sector de salud en su totalidad.

En ese momento el esquema ideológico aparece construido por los líderes lógicos del proceso, que interpretan la posibilidad inmediata que los tiempos sociales hacen factible. Al impulsar el nacimiento de las obras sociales, responden al objetivo de la búsqueda de una accesibilidad jurídica clara y marcada para los trabajadores, aunque no modifican seriamente los intereses económicos y profesionales, que en el campo de la salud representan a los poseedores de los medios de producción, los dueños del aparato sanitario, compuesto por las clínicas y sanatorios, el equipamiento, los medicamentos y el recurso humano y financiero que los acompaña.

Por otra parte, el nacimiento de las obras sociales se produce al mismo tiempo que el Estado, dirigido en su concepción sanitaria por Carrillo, lleva sus recursos de camas hospitalarias de 66.300 en 1946 a 134.218 en 1954: duplica el presupuesto (expresado en pesos constantes) del Ministerio de Salud Pública en cuatro años y produce un incremento del 168% del recurso humano en el plazo de un quinquenio (1946-51). Además, pone en marcha el primer esfuerzo serio del país para contar con los medios propios para la fabricación de medicamentos, para lograr una regionalización sanitaria y “llevar la tasa de mortalidad general de aproximadamente el 10% al 8,5%, y la mortalidad infantil de poco más de 80 al 65 por mil nacidos vivos” (Veronelli & Rodríguez Campoamor, 1970-1971, p. 17).

Aun cuando el núcleo céntrico del poder económico no fuera vulnerado, el ejercicio social que las grandes mayorías ejercitaron en este campo de las obras sociales y de los sindicatos fue suficiente para que las fuerzas poseedoras, hasta entonces conciliadoras y expectantes, determinaran una vez más la conclusión de esta experiencia. La destrucción final del sistema de seguridad social y de la unidad del sindicalismo aún sigue ejecutándose.

No obstante lo dicho, y siendo consciente del esfuerzo que significó la elaboración del proyecto de la seguridad social, el casi medio siglo transcurrido desde su puesta en marcha permite descifrar hoy algunas de sus tendencias significativas.

En primer término, es necesario comprender que en una apreciación exigente la seguridad social ha sido en nuestro país especialmente un mecanismo administrativo financiero conciliador que no ha producido ni estimulado cambios en el sistema de atención médica. Se ha repetido en nuestro país aquello que se dijera del Medicare en EEUU, es decir, que “ha dejado incólume (y alguien puede afirmar que ha reforzado y fortalecido) el sistema dominante de provisión de atención médica” (Navarro, 1978).

Las obras sociales sirvieron para evitar el colapso del sistema sanitario privado y en este sentido aparecen como una respuesta, si no diseñada, al menos tolerada y auspiciada por los grupos que controlan el sistema de producción, tanto general como sanitario.

Produjeron un claro traspaso de fondos del sector trabajador a los grupos de prestadores de servicios, entre los cuales se cuentan los profesionales, las clínicas y sanatorios, la industria del equipamiento sanitario y la de los medicamentos.

Las obras sociales benefician a estos proveedores de atención médica que en su casi totalidad ejercieron sus funciones observando al menos un criterio absolutamente desconocido para el sistema de seguridad social, es decir, pensando aunque sea razonablemente en lograr un lucro o renta para su capital invertido y obtener la expansión lógica del sector.

Así ha sucedido, y la gran demanda de servicios que genera el sistema hace posible que el presidente de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados piense, con equivocada suficiencia, que no habría posibilidad de atender dicha demanda “si no se contara con la capacidad instalada y tan bien aprovechada del sector privado” (Albarellos, 1980, p. 125), destacando a continuación estas cifras:

- a) Con un 23% de la capacidad total del país, el sector privado atiende a más del 70% de los pacientes; más concretamente aún, el 78% de los egresos de enfermos agudos corresponden a entidades privadas.
- b) Sobre un total de 1.700 salas de partos, un porcentaje superior al 60% son del sector privado.
- c) La velocidad de giro de la cama privada es de cerca de 25, mientras que para el sector público no pasa de 7; y finalmente,
- d) Del total de equipos de radiodiagnóstico, casi el 55%, pertenece al sector privado.

Es conveniente recordar que el sistema de obras sociales solo posee algo menos del 4% de la capacidad instalada, que tiene más del 80% de la población bajo su cobertura y que financia ya más del 50% del gasto total en salud del país. Esto es lo que explica que la gran mayoría de los ingresos del sector privado provengan de la seguridad social, que al transferir sus recursos a dicho sector permitió el afianzamiento de este, evitó la crisis que se manifestaba en sus rendimientos básicamente por la elevación de sus costos y brindó esa expansión a que hacen referencia las cifras mencionadas.

Otro aspecto de la historia reciente de la salud pública y el sistema de seguridad social consiste en comprobar el deterioro y debilitamiento que ha padecido el sector público, provocado por la crónica escasez de recursos, la ineficiencia y deplorable utilización del equipamiento y del recurso humano, en el que lógicamente influyen como condicionantes básicos esta disposición interesada de los recursos de la seguridad social hacia el sector privado.

Precisamente en la experiencia de los últimos años se observa con exactitud el papel deteriorante que ejerce la política de la seguridad social sobre el sector público, sumándose al descuido y a la desidia con que los gobiernos de las minorías trataron, al menos en nuestro país, al sector público.

El balance de los recursos, de los rendimientos, como así también de la situación económico-financiera, no puede ser más elocuente. El sector privado ha crecido

floreciente y desmesuradamente, con holgura y con beneficios, en tanto que el sector público languidece en una lenta y progresiva agonía que tiende a su extinción o al menos a su inoperancia real y concreta.

No es difícil comprender que esta tendencia no ha sido el producto del azar ni de la improvisación. El tiempo transcurrido nos facilita el entendimiento del papel que ha desempeñado el sistema de seguridad social y la filosofía de conciliación de intereses que él significa. La transferencia constante de sus recursos económicos, que sustancialmente provienen de los salarios de los trabajadores, hacia las arcas del sector privado ha contribuido a la destrucción del recurso público, que en cualquier lugar del mundo y en cualquier espacio histórico debe ser el instrumento imprescindible para lograr una atención médica oportuna, igualitaria, de alta calidad y gratuita.

Quedaría por incluir, dentro de los aspectos que permiten identificar el análisis de la historia del proceso de la seguridad social, algunos otros elementos, como pueden ser la falta de universalidad en la cobertura de las obras sociales; la atención médica no igualitaria que ha brindado, desde el momento que el espectro de sus prestaciones y condiciones de atención ha dependido en buena medida de la capacidad de negociación de los diferentes gremios que intervinieron o de la importancia de ese grupo social en el sistema de producción; la distorsión que han producido en buena medida en la práctica médica los incrementos de los costos, los gastos innecesarios, la sobreutilización a que conduce inexorablemente el pago por acto profesional realizado; la subprestación, que también casi inevitablemente acompaña al pago al profesional por el sistema por capitación; y, en fin, los fraudes y la calidad insatisfactoria del acto profesional financiado por el sistema.

En estos últimos casos solo sería necesario referir los porcentajes de intervenciones quirúrgicas innecesarias, el número injustificado de cesáreas (verdadera epidemia del sistema de las obras sociales), la sobreutilización de prácticas y técnicas de alta complejidad, que acompaña también en todos los casos a la implantación en el lugar de los equipos para tales prestaciones adquiridos por el sector privado; la utilización abusiva de procedimientos diagnósticos o su subutilización, según sea la fórmula de pago contratada con el sistema (Glaser, 1970; Paris, *et al.*, 1980; Terris, 1980, p. 89).

Podrían sumarse aun los fraudes con los medicamentos, con las prácticas odontológicas y muchos otros abusos y defectos que hoy constituyen casi la norma para una importante franja de la actividad profesional cotidiana y que han promovido e impulsado el nacimiento de una nueva técnica de la medicina administrativa que se llama fiscalización profesional, cuyo uso diario está invadiendo el espíritu y el objetivo del procedimiento que la incluye y que se denomina auditoría médica. De todas formas, hasta el momento esta técnica de auditoría que se ejerce como fiscalización profesional no ha conseguido ni conseguirá corregir o modificar en grado significativo estos hábitos de corrupción, fraudes y abusos.

Estas prácticas son las que han hecho decir con crudeza y desesperanza a Milton Terris, al referirse al sistema de seguridad social para la población de edad avanzada de EEUU llamado Medicare, que

...la experiencia ha sido devastadora, los costos se han elevado en forma astronómica; los ancianos han ido descubriendo que sus gastos de salud quedan cada vez menos cubiertos por el seguro del gobierno; los médicos y otros especialistas han aumentado sus ganancias; los profesionales de la salud se han corrompido y comercializado; los terapeutas físicos y ocupacionales han hecho a un lado sus puestos de colaboradores asalariados en los hospitales para convertirse en profesionales privados que participan del enriquecimiento; y estos escándalos en los asilos de ancianos y otros han estremecido a la nación. (Terris, 1980, p. 190)

Esta enunciación de vicios y prácticas ilegales no reconoce aún punto final. A ellas pueden sumárseles aquellas que hacen directamente al manejo de los fondos de las obras sociales, de los porcentajes concedidos a dirigentes y funcionarios de ellas y/o a los dueños o administradores de los efectores con los que se contratan servicios, y la lista seguirá seguramente sin límites precisos.

Es conveniente reparar que solo observan o perciben parte de la verdad aquellos que creen que se trata de prestadores, de funcionarios, de intermediarios deshonestos o delincuentes, que todo volverá a la normalidad si se descubre y sanciona como corresponde al abusador o al fraudulento y que se logrará sanear al sistema al separar a tales abusadores y ladrones.

Todos los que alguna vez intervinieron en este proceso de saneamiento económico-financiero profesional y de funcionamiento saben las dificultades casi insalvables que acompañan a estas prácticas de fiscalización y de rendición de cuentas. Dificultades a las que no son ajenas las asociaciones de profesionales de la salud.

Aquellos que llegan en el análisis hasta la raíz de estos delitos y fraudes terminan comprendiendo una vez más que es el sistema, en definitiva, el que permite e instiga estas situaciones, el generador del robo y del abuso. Es el sistema de funcionamiento, de contrataciones, de retribuciones y pagos —en fin, esta organización competitiva y con fines de lucro, implícito o explícito— que asume la seguridad social, el que ha convertido en cotidiana y casi normal esta forma ilegal de ejercer la atención médica en su seno.

La unidad de los intereses en pugna, la conciliación de las clases antagónicas que significó el proyecto de seguridad social que nace en la década de 1940, en su evolución ha mostrado el inexorable destino de esta postura. El sector privado, que comenzó tolerando el nacimiento de la idea de solidaridad social que implicaba el surgimiento de las obras sociales, que convivió y usufructuó los esfuerzos de la clase trabajadora para sostenerlas, fue fortaleciendo sin sombras ni disfraces su poderío y, al amparo de una fabulosa transferencia de bienes a su favor desde el sector de los trabajadores, vuelve a ser el eje de una medicina que, como la de estos momentos, es una práctica privilegiada con una filosofía clara y terminante, en el sentido de lograr las más elevadas utilidades para sus efectores.

Para el modelo histórico argentino de la seguridad social es necesario retener varios conceptos como síntesis de la experiencia de casi 50 años.

- 1) La seguridad social y su consecuencia, las obras sociales, forman parte instrumental de la concepción revolucionaria de la búsqueda de la justicia social dentro del campo de la liberación nacional.
- 2) Las obras sociales se sostienen con el esfuerzo único y bien diferenciado de los trabajadores. Por eso, como organizaciones libres del pueblo para su proyecto anticolonial, les pertenecen en propiedad, gobierno, proyección y destino final.
- 3) La profundización de su sentido emancipador y de su concepción de solidaridad social solo es posible en el marco del crecimiento político del propio movimiento sindical argentino.
- 4) El sistema de las obras sociales proyectado hacia el porvenir como socialización de la atención de la salud es parte del gran proyecto que las organizaciones sindicales estructuran para contribuir a elaborar la integración nacional.
- 5) Las obras sociales integran el sistema nacional de salud, garantizando la plena participación del pueblo en su destino, en la seguridad de construir un sistema de salud igualitario de la mejor calidad, sin fines de lucro, con plena convicción de solidaridad y justicia social.
- 6) Las obras sociales introducirán, como modelo nacional de salud, con la conducción indelegable de sus beneficiarios, los trabajadores argentinos, todos los instrumentos que permitan la nacionalización conceptual y práctica de aquellos elementos que, como el equipamiento, los medicamentos y los recursos humanos, sean imprescindibles para una atención de la salud eficiente y humana.
- 7) Las obras sociales reúnen con su filosofía esencial de la solidaridad social la gran fuerza liberadora para el pueblo argentino. Así lo decía Perón en su mensaje final del Proyecto Nacional, cuando pensaba que esa solidaridad era el gran factor aglutinante, la fuerza poderosa de cohesión que solo el pueblo maduro puede hacer germinar.

Ahora algunas consideraciones sobre indicadores de utilización de servicios y de calidad de la atención médica en el sistema de la seguridad social.

Resulta necesario dejar clara constancia de un aspecto básico para estas consideraciones. Al tener en cuenta los valores estadísticos con que puede medirse la actividad profesional de las obras sociales, es imprescindible referir en cada caso la significación que alcanza la concreción económica que rige tal actividad.

La aplicación de la metodología epidemiológica en el análisis de estos sistemas de atención médica de la seguridad social y particularmente en la interpretación de los resultados que ellos ofrecen nos obligará a reparar cuidadosamente en el tipo de financiación que se establezca para cada caso. De esta manera, se podrán comprender las diferencias evidentes que pueden hallarse dentro del sistema y aun en universos, en tiempo y lugares similares.

Así, se debe volver a relativizar la procedencia y el alcance de los valores estadísticos que ofrece la atención médica y definir que en buena medida sus indicadores cuantitativos y también cualitativos están más allá de las consideraciones

estrictamente técnicas y científicas que el acto profesional encierra en sí mismo. Así lo es para nuestra seguridad social.

En este caso, en cada ejemplo y en cada análisis se percibe la significación del tipo de contratación que rige esa actividad, y esta circunstancia viene a complejizar el esquema, de por sí muy complejo, de la utilización de los recursos de atención médica por parte de la comunidad.

Hay muchos estudios que han demostrado las influencias que ejercen los factores sociales y culturales en la conducta de utilización de la atención médica. Estos factores serán más o menos poderosos según sea la calidad de los síntomas y signos que el paciente y sus familiares reconocen en cada caso para salir en búsqueda de asistencia. Así, frente a síntomas identificables, conocidos y fácilmente explicables, las razones socioculturales pesarán en grado apreciable para tal utilización.

Si, en cambio, el síntoma se transforma en serio o dramático, impredecible, amenazador, estos factores sociales y culturales tendrán más limitados efectos y la urgencia del dolor o del malestar tomará prioridad, más allá de otras experiencias personales o grupales. En este caso, es la enfermedad, el síntoma, el signo, el que dicta la conducta (Mechanic, 1972, p. 62).

Así, podría hacerse cierta una valoración escalonada de los elementos individuales o familiares que regulan la decisión de demandar atención médica. Esta búsqueda podría impulsarse inicialmente por una crisis interpersonal o una interferencia social en la que, o bien la situación exige atención hacia los síntomas y se hace hincapié en ellos, o bien, por amenaza de una actividad valorada y necesaria, el paciente busca atención médica.

Otro nivel de esa demanda podrá estar influenciado por las presiones sociales que otras personas ejercen sobre el paciente para impulsarlo a la consulta.

El cuarto nivel será ya el producto de la amenaza percibida y el último el que se refiere a la enfermedad o síntoma, en la calidad, naturaleza e intensidad de estos (Zola, 1964).

Pero esta valoración escalonada no responde totalmente a las motivaciones de la utilización de recursos de la atención médica en nuestro sistema de las obras sociales.

Aquí es donde el análisis epidemiológico del fenómeno detecta con claridad y también con cierta facilidad que la respuesta del beneficiario del sistema de seguridad social está condicionada por antecedentes y experiencias previas que pueden responder a ese esquema escalonado, pero recibe la influencia del sistema del servicio de salud, que llega a modificar a veces en forma total esos patrones de conducta, imponiendo decididamente los suyos.

Además de la cantidad y calidad de los servicios y la forma en que se los presta, además de la disponibilidad y accesibilidad que se brinda, de las facilidades o interferencias económicas que el sistema le ofrece y de esas condiciones socioculturales que hemos mencionado, en el caso del sistema de seguridad social debe incorporarse como factor determinante la forma de contratación de los efectores.

Este factor no ha sido tenido en cuenta hasta el presente en el grado de importancia que asume para la interpretación de los valores y niveles de la atención médica que recibe la comunidad.

Tanto esto es así que hoy es necesario acompañar cada análisis cuanti y cualitativo de la atención médica que se brinda en un sistema, la explicación de la forma de contratación y pago que se ha establecido para con la oferta de servicios. Esa forma de retribución de la oferta está condicionando en buena medida el comportamiento de la demanda.

A los efectos de simplificar tomaremos en cuenta solo dos de las modalidades que reconoce el artículo 34 de la Ley 22269 de Obras Sociales: la contratación por capitación y por prestaciones.

La retribución por capitación es aquella por la cual las obras sociales abonan una cuota fija por beneficiario o grupo familiar que esté bajo la responsabilidad del prestador, vale decir que este cobra por el número de beneficiarios que tiene bajo su cuidado y no por enfermos atendidos o prácticas que haya realizado.

La segunda forma de retribución, pago por prestaciones, también denominada pago por acto médico, es aquella en la cual las actividades profesionales las paga la obra social conforme un valor fijado de antemano para cada una de las prestaciones que se brindan. Aquí no interviene el número de beneficiarios, sino el número de prestaciones, de actos profesionales que se realizaron y la valoración unitaria que para cada práctica se ha establecido con anterioridad.

Estas formas de retribución son las que aparecen como factores determinantes para el hallazgo de indicadores de subprestación en el pago por capitación y de sobreprestación en el pago por acto profesional.

Es conveniente denominarlos así, sub y sobreprestación, porque la influencia de la oferta es clave para llegar a los niveles que se observan dentro del sistema de obras sociales.

La demanda, en cambio, ejerce mucha menor presión sobre estos niveles de prestaciones, sin que en ello tengan excesiva importancia los elementos moderadores del consumo que han establecido las obras sociales para corregir estas desviaciones.

Entre tales elementos correctivos para los niveles de utilización que se observan, se mencionan los coseguros (pagos adicionales a cargo del beneficiario sobre cada prestación recibida), control o autorización previa por parte de la obra social para determinadas prestaciones, fijación de indicadores de utilización, como por ejemplo número de consultas por mes, número de radiografías, de electrocardiogramas, de análisis de laboratorio por consultas, etc. Todas estas medidas moderadoras de la demanda están en práctica en los sistemas de pagos por acto médico, sin que hayan producido los resultados esperados. Aun a pesar de tales correctivos, los niveles de los indicadores de utilización de los servicios de atención médica siguen siendo elevados, y mucho más que los valores que coherentemente podrían esperarse, aceptando sin discutir el supuesto argumento de la explosión de la demanda. Este argumento hace descansar en las expectativas y requerimientos siempre en ascenso de los beneficiarios del sistema la mayor responsabilidad en la suba vertiginosa de los niveles de utilización.

A estas medidas correctivas que hemos señalado como ejemplo, recientemente en varios lugares del mundo los sistemas de seguridad social que están adheridos al pago por acto profesional le están agregando claras y precisas restricciones

al incremento de la oferta, tanto en el aumento de los recursos humanos que se pueden incorporar al sistema como en la aceptación de nuevos establecimientos, especialmente la incorporación de nuevo equipamiento de costosísima tecnología. Estos esfuerzos son recientes, pero parecen haber sido eficaces para detener en parte los embates de la profesión médica, los dueños de clínicas y sanatorios y particularmente los fabricantes del equipamiento mencionado, como así también los nuevos medicamentos. No es difícil presagiar que esos embates lograrán finalmente quebrar la resistencia del sistema a su incorporación. El argumento que más fuerza ejercerá para tal incorporación se inscribe generalmente en el denominado *avance científico*, nunca terminado de demostrar y frecuentemente utilizado como fórmula envolvente para disimular el verdadero sentido lucrativo de esas maniobras.

Quedaría por agregar que, en cambio, los sistemas de seguridad social que contratan a sus efectores por pago por capitación se ven enfrentados al proceso totalmente inverso. En ese caso, los indicadores de utilización muestran valores evidentes de subprestación, que no reconocen otras razones justificativas que las que impulsan al sistema de pago por acto médico y que es en definitiva la obtención de mayores utilidades económicas. En este caso, como los ingresos están asegurados con el pago por beneficiario cubierto por cada efector, la utilidad resultará de la disminución de las prestaciones que se le brinden al universo bajo protección.

El enfrentamiento de los indicadores de prestaciones de ambos sistemas resulta elocuente y muestra sin dudas el papel indiscutido de la oferta, impulsada estrictamente por su objetivo de lucro.

Para estas subprestaciones, el sistema de seguridad social que las padece ensaya también elementos correctivos, como por ejemplo la fijación de mínimos de prestaciones por tiempo determinado, la supervisión sobre los efectores, en algunos casos la medición del nivel de satisfacción de los beneficiarios, pero dichas medidas no han logrado aún corregir esta tendencia.

En el caso del pago por prestación, las prácticas que más frecuentemente se encuentran sobre prestadores son:

- a) El número de consultas por beneficiario y por período estudiado. Es clara en este renglón la diferencia con los sistemas por capitación.

En aquellos regímenes donde está dada la concurrencia de los otros factores de accesibilidad, estos sistemas de retribución de los profesionales están mostrando valores elevados que crecen en forma constante.

Las medidas establecidas para su control, como el coseguro, ofrecen algunas perspectivas iniciales de eficacia, pero lenta y progresivamente van resultando insuficientes. Cuando el nivel del coseguro es elevado, entonces se nota su influencia sobre la tasa de utilización, pero ya en estas condiciones se ha transformado en una medida restrictiva que, si bien aparece como cumpliendo con el objetivo de evitar la

sobreprestación por parte del efector, ha cercenado peligrosamente el derecho del beneficiario a una atención digna de sus necesidades.

- b) La tasa de egresos, que mide la demanda de hospitalización de la población, alcanza valores que deben estimarse como muy por encima de los niveles que internacionalmente se han considerado como aceptables, sobre todo si se tiene en cuenta que la utilización de la cama sanatorial no se encuentra inserta, en el caso de nuestro sistema de obras sociales, dentro de ningún esquema programado de la atención médica.

La historia general de la seguridad social en este aspecto de la medicina se caracteriza por su señalada tendencia a la hospitalización. A su amparo se ha asistido a un crecimiento, en muchos lugares desmedido, del recurso hospitalario. Ese crecimiento de la oferta genera continua elevación de la demanda. Esta se expresa tanto en la tasa de internaciones como en el exceso de prácticas y prestaciones que allí se brindan.

El sistema retributivo de los componentes de los efectores ha sido el motor esencial para esta sobreprestación, que ha hecho decir a muchos expertos que esos sobreniveles pueden estar ya cercanos al 30-50% de los días de estadía que se pagan anualmente. Al menos en EEUU se realizan cada año 2.000.000 de operaciones quirúrgicas innecesarias, que dan como resultado, además de sumas millonarias de pagos en exceso, cerca de 10.000 muertos inútiles entre los usuarios de los sistemas de seguridad social (Bodenheimer *et al.*, 1980).

En el caso de las obras sociales de nuestro país, la situación es idéntica, aunque la medición del fenómeno total escapa todavía a su determinación precisa. Hay demasiados intereses en evitar estudios concretos sobre el particular, y el Estado, que no consigue medir con exactitud sus prestaciones en sus propios establecimientos, no aparece interesado en estas dispersiones sanitarias. El Instituto Nacional de Obras Sociales, al que la ley le otorga esa responsabilidad, no tiene envergadura técnica operativa ni parece que la adquirirá en largo plazo para esta tarea.

En los sanatorios y hospitales contratados por el sistema de obras sociales del país se muestran algunas características propias, dentro de este esquema de sobreprestación, en las internaciones.

Así, se deben mencionar las excesivas e injustificadas internaciones clínicas; las innumerables intervenciones quirúrgicas, como amigdalectomías, apendicectomías, colecistomías, cesáreas, etc., que no resisten la más mínima observación de justificación en su realización. Esto mismo explica la casi inexistente correlación con los estudios de tejidos que debería hallarse en cada caso. La anatomía patológica de las piezas extirpadas aparece como de excepción, posiblemente para que no se certifique con dicho procedimiento la falta de necesidad de la intervención quirúrgica.

A ello debe sumarse la incontenible cantidad de exámenes auxiliares a los que son sometidos los internados o, al menos, a los que son sometidas las obras sociales para abonarlos, y que en múltiples oportunidades ofrecen con su normalidad la clara explicación de haber resultado innecesaria su indicación.

Un detalle, tal vez autóctono en este análisis de la sobreprestación de internaciones, resulta el bajo promedio de días de estadía que se producen en buena cantidad en los establecimientos adheridos al sistema en estos tiempos en nuestro país. La explicación se encuentra también en el sistema de pagos que ha fijado bajos aranceles por día-cama, pero interesantes derechos adicionales por cada egreso, por cada práctica, por derecho de clínica, por cirugía, etc.

Con estos adicionales los efectores han buscado —y lo están logrando en un nivel sorprendente— el incremento de la denominada velocidad de giro de las camas, es decir elevar la razón que indica el número de pacientes que son dados de alta por cada cama disponible en un período determinado y la disminución casi a cero del intervalo de giro, que es el tiempo que cada cama permanece desocupada entre el alta y la admisión consecutiva.

Este comportamiento, que actúa directamente sobre la velocidad de giro de las camas sanatoriales u hospitalarias en nuestro medio, está unido a las denominadas leyes de rendimiento decreciente para la capacidad económico-financiera de esa unidad productiva.

La concentración inicial, al ingreso del paciente, en la utilización de la cama para su mayor rendimiento está dada por la sumatoria de los derechos económicos reconocidos por su uso y la utilización inmediata en los primeros días de todo el arsenal disponible dentro de los instrumentos del diagnóstico y tratamiento.

Con los valores reconocidos por el Nomenclador Nacional, que regula los aranceles de la seguridad social para estos factores y estudios y el precio asignado al día de utilización de la cama, los establecimientos asistenciales saben que alcanzan el punto exacto en el logro de una utilización eficiente de los elementos productivos (maximizar los ingresos) precisamente en los primeros días de esa internación. Después el rendimiento decrece por la disminución de la concentración de factores y, por ende, por el peso exagerado que van ejerciendo sobre la sola retribución por día-cama los costos fijos de la organización asistencial. En ese momento se hace financieramente prudente el alta médica para recuperar el ciclo de la concentración técnico-profesional de la capacidad óptima de la oferta, en tiempo y cantidad, reciclando un nuevo paciente al uso del recurso cama, y para retornar el valor de maximización del ingreso.

También este detalle autóctono del bajo promedio de días de estadía dentro de las sobreprestaciones de internaciones tiene una explicación, que vuelve a brindarla el objetivo de lucro de la estructura determinante del sector sanitario.

- c) El consumo de medicamentos solo ha podido ser medido relativamente. Se han utilizado para ello, en algunos casos, indicadores. Como la relación recetas/consultas o estudios parciales con referencia a la estructura de la receta.

Más adelante observaremos la dimensión fabulosa que en el sector de la seguridad social está alcanzando el gasto en medicamento. No solamente por lo que significa como porcentual del gasto total en salud, sino por la espectacular cifra de más 1.250

millones de dólares, que como alternativa de mínima han significado los medicamentos para la previsión social en 1980.

De todas formas y como apreciación general se demuestra constantemente que el consumo creciente de medicamentos aparece con cierta independencia de la estructura del sistema de salud y, aun con mayor precisión, de la forma de contratación del sistema, en el caso de la seguridad social.

Así, se ofrecen como justificación de tal independencia los incrementos de consumo que se experimentan en sistemas como los existentes en EEUU y los que ofrece el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. Estos hábitos de consumo obedecen a causas más complejas, que se analizarán en el capítulo dedicado a los medicamentos.

En este instante nuestro interés está centrado en el estudio de estos indicadores dentro de las obras sociales y en el sistema de pago por acto médico.

El indicador receta/consulta, que mide el número de recetas que se han prescrito por consulta realizada, no ofrece en su totalidad dispersiones dignas de mención. Los valores en aquellas instituciones de la Seguridad Social que los han estudiado oscilan entre 0,90 y 1,10.

Sin embargo, es interesante profundizar algunos de estos estudios y comprobar que se presentan desvíos en esta conducta prescriptiva, que es la resultante de la suma total. Estos desvíos alcanzan valores significativos, tanto en disminuciones como en incrementos notorios del indicador.

En el primer caso, cuando el indicador recetas/consultas tiende a decrecer, resulta complejo hallar explicaciones valederas para tal situación. En apariencia, el profesional realiza un buen número de consultas sin producir prescripciones. Aparece como negándose a aceptar la creencia del paciente de que toda consulta médica debe concluir con la obtención de una receta. O, mejor aún, puede ser interpretado como un profesional cuidadoso de la salud de sus pacientes, para lo cual utiliza el control de la salud, sus consejos y presencia, destacando particularmente el efecto terapéutico de su palabra y sus indicaciones vitales.

En investigaciones más profundas de esta conducta, frente a indicadores bajos de recetas/consultas, se ha demostrado que tales valores obedecen al incremento del denominador, producido por el aumento de comprobantes de órdenes para consultas que presenta el facultativo y que no obedecen a la realidad investigada.

Como el acto profesional que debe cobrarse es la consulta y no la prescripción de recetas, la práctica dolosa consiste en lograr por la vía factible el aumento de los comprobantes de tales consultas, que generalmente se produce al solicitarse al beneficiario dos o más órdenes de atención por consulta efectuada.

Esta práctica fraudulenta puede verse entorpecida cuando las consultas están reguladas por un coseguro a cargo del beneficiario, que hace más difícil la entrega indiscriminada de órdenes de consulta por el dinero que debe abonarse por cada comprobante.

También esta dificultad parece haber sido eludida por otras alternativas tan fraudulentas como la anterior y que están dictadas por razones, como la de evitarle al beneficiario costos adicionales de la consulta que suelen agregar clandestinamente

los profesionales a cambio de tales órdenes y cuyos costos son inferiores al sobreprecio que han fijado a su tarea, y aun por otras maniobras tan sutiles y sofisticadas como delictivas.

En el caso de valores elevados para el indicador recetas/consultas —es decir, más recetas que las consultas realizadas por el profesional—, la apariencia hace suponer que este realiza frecuentes repeticiones de las indicaciones medicamentosas y procede con honradez al evitar la obtención de órdenes de consultas por tal actividad.

También el estudio pormenorizado de este indicador, con profundización de la búsqueda de los argumentos que justifiquen esta modalidad en la práctica médica, ha puesto en evidencia fraudes tan ilegales como los anteriores, pero mucho más frecuentes.

Aquí se ha observado que el mayor número de recetas puede obedecer a una simple presión del beneficiario que el médico no ha querido o no ha podido modificar. Puede deberse a la necesidad de mantener como cliente a quien solicita medicamentos en mayor número de lo necesario, frecuentemente destinados a algún otro familiar, amigo, o vecino; a la combinación de estos factores y a la obtención de alguna orden suplementaria de consulta, que incrementa su número normal, en compensación por tal sobreprescripción.

Con referencia a los indicadores que se utilizan para el denominado estudio de la estructura de la receta, se ha observado en múltiples oportunidades la exagerada prescripción de fármacos (sean o no necesarios) que en muchos casos llevan a más de cuatro los específicos indicados por receta y que, en el caso muy frecuente de resfrios y gripes, por ejemplo, más del 60% de todos los medicamentos recetados en un país como EEUU fueron antibióticos y sulfamidas, que resultan tan costosos como ineficaces para tales enfermedades. Los pocos estudios realizados en nuestro país sobre este particular ratifican con creces estas afirmaciones.

- d) Otras prácticas. Podemos incluir en este renglón los indicadores que se refieren al porcentaje de radiografías, electrocardiogramas, ergometrias, Holter, ecografías, pruebas de otorrinolaringología, análisis de laboratorio, electroencefalogramas, tomografías computadas, etc.

En estos indicadores se fundamentaba, en otros tiempos, parte de la calidad de la atención médica brindada, desde el momento en que cuanto mayor era el número de los estudios auxiliares del diagnóstico que se realizaban, más alta se presumía la calidad de esa atención médica prestada.

Es muy difícil, si no imposible, decir que tal argumento es falso. Cuanto mayores elementos se suman para la certeza del diagnóstico, mayor es la perspectiva a favor que ofrece la terapéutica posible, y esto también es cierto para el sistema de atención médica de las obras sociales, tanto para el pago por acto profesional como para el pago por capitación.

Sin embargo, también estos criterios comienzan a ser cuestionados. Lo son desde el ángulo de su eficacia, donde se comprueba que muchos de tales procedimientos

apenas resisten el transcurso de tres o cuatro años, para ser luego olvidados y abandonados y suplidos por otros más complejos y costosos. Es la ley de la sociedad competitiva y de consumo.

Son también cuestionados por su enorme costo, que están produciendo un desequilibrio irrecuperable para la financiación de la salud; no solamente por sus costos de inversión, sino especialmente por sus costos de funcionamiento, que presionan desmedidamente sobre dichos fondos. También esta circunstancia es parte de la sociedad de consumo, que, al ensanchar desmesuradamente la oferta, exprime y agranda casi sin sentido la capacidad de la demanda.

Ese cuestionamiento al que hemos hecho referencia se hace aún más claro en el caso de la utilización de estas prácticas en las obras sociales de pago por acto profesional.

Aquí el aumento de tales indicadores, que es la ley del sistema, obedece a otras causas que la simple búsqueda del incremento del nivel de la atención médica.

La sobreprestación de tales prácticas, que no reconoce aún un techo definitivo, ha convertido en verdaderas epidemias los estudios que posibilitan los electrocardiogramas, los ergómetros, ecógrafos, audiómetros, rinomanómetros, Holter, electroencefalogramas, autoanalizadores clínicos, tomógrafos computados, etc. La aparición de estos en cualquier medio geográfico donde actúe la seguridad social ha producido una avalancha de prescripciones de tales estudios que aún no ha permitido a dicho sistema obtener los medios de contención que, casi con impotencia, intenta lograr para poner alguna racionalidad a estos nuevos hábitos profesionales.

En nuestro caso de la seguridad social, como en otros campos, resulta interesante indagar las razones de tales sobreprestaciones al amparo de una penetración indetectable de la tecnología médica más avanzada.

Al primero y más racional argumento, que hace del avance tecnológico un aliado casi incuestionable del incremento de la calidad de la atención médica y que posiblemente constituya la variable de mayor utilización por parte de los fabricantes y luego de los poseedores de estos instrumentos, es necesario incorporarle otras consideraciones.

Para individualizar tales consideraciones, debe repararse, primero, que sus fabricantes y vendedores insisten sobremanera en los mecanismos de reembolso que permiten la adquisición de esta tecnología y, segundo, en el incentivo de beneficios adicionales que incorpora, por prestigio y actualización, su funcionamiento institucional o particular.

Además, en último término, pero no por ello de menor significación, la impunidad de autoprescripción que toda técnica nueva otorga al dueño del instrumento tecnológico garantiza un ingreso adicional. Por otra parte, en nuestro caso, esos gastos aparecen financiados por terceros, por las obras sociales, y otorgan, así, a quien los genera una justificación moral que no halla razón efectiva en la realidad, pero que concede ese sosiego de pensar que no le está quitando el dinero directamente al beneficiario.

La presión ejercida por los fabricantes primero, para que las instituciones o los profesionales adquieran esta tecnología, se propaga después para que los pacientes, privados o de obras sociales utilicen sus procedimientos. El reembolso de la

inversión para lograr los beneficios, el lucro esperado, depende de las prestaciones que ejecute dicho equipamiento. De allí que la propagación busque y alcance sobreprestaciones que se han convertido en la epidemia contemporánea para los sistemas de la atención médica, al menos para los de la seguridad social.

En este sentido, es interesante referir algunas de las consideraciones del director del programa de Salud de la Oficina de Tecnología del Congreso de EEUU, el Dr. David Banta, quien, con respecto a la tomografía computada, decía en 1980 que el desarrollo y difusión de tales aparatos tuvo lugar sin una prueba formal y detallada de su seguridad y eficacia, para agregar que hay abuso en la utilización de los tomógrafos desde que muchos hospitales y departamentos de radiología fueron capaces de expandir sus ingresos gracias a la tomografía, que resultó al fin uno de los factores determinantes de su difusión en el sistema hospitalario estadounidense.

No es menos llamativo el concepto de Banta, que expresa que, a pesar de la política de EEUU concerniente a la evaluación, diseminación y uso de la tecnología médica, “en el caso de la tomografía computada, esa política ha fracasado. Los tomógrafos no fueron evaluados y las normas y mecanismos reguladores existentes fueron incapaces para retener la diseminación de esta tecnología médica” (Banta, 1980a, pp. 251-269). Seguramente, como en los demás casos de la expansión de las innovaciones tecnológicas del campo sanitario, no fueron ajenas a ella los fabricantes y vendedores de tales instrumentos. En este caso, la presión de la EMI Limitada de Inglaterra, Ohio Nuclear, Pfizer y la General Electric de EEUU, que fabrican tomógrafos, tiene que haber jugado un papel preponderante en su colocación y funcionamiento. Luego, la onda se propagará a sus nuevos propietarios, clínicas, sanatorios, hospitales, profesionales y así el circuito del incremento de la demanda se entenderá claramente. Las obras sociales argentinas también padecen esta sintomatología de las sobreprestaciones de la media y alta tecnología que crea la sociedad de consumo.

Se repiten aquí las razones que explican las necesidades de salud, los requerimientos de prestaciones de diagnóstico y tratamiento, que se encuentran cabalmente determinadas por la producción total de bienes y por la de los elementos dedicados a la atención médica en particular, sostenidos por las relaciones sociales que el sistema productivo genera en su derredor.

Claro que también intervienen a veces reales y verídicas necesidades médicas para disponer de tales estudios. Este es el mínimo argumento que ha posibilitado la descomunal expansión de estas técnicas. Tal vez sobre para tener una idea de las tendencias de sus utilidades, para comprobar la interminable frecuencia de sus informes negativos o normales que adornan las historias clínicas de los pacientes sometidos a estas técnicas y de paso para comprobar también en cuántos de ellos se han olvidado de realizar técnicas, procedimientos, exámenes mucho más simples, menos onerosos, tal vez más médicos, y que hubieran dado iguales resultados.



Foto: Florial Ferrara escribiendo.

*Nota: Fotografía tomada en la casa de la familia Ferrara en el barrio Las Malvinas de la ciudad de La Plata.
Fuente: Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar en Salud (CeDoPS), Instituto de Salud Colectiva. <https://tinyurl.com/4trwmdz8>.*

Capítulo 5

Accesibilidad económica

A efectos de reconocer con claridad el concepto sanitario de accesibilidad económica, son necesarias dos precisiones previas.

La primera se refiere a la conceptualización de lo económico, y aunque su delimitación exacta ya casi tiene dos siglos, aunque más no sea porque fue un médico, Quesnay, quien contribuyó a elaborarla, es conveniente que en un libro dedicado a temas de la medicina se lo enuncie con alguna exactitud.

Algunos piensan que las condiciones sociales del proceso productivo son las que definen lo económico, otros expresan que lo económico está definido por la distribución de los ingresos, por el reparto de la riqueza social. Un acercamiento mayor al concepto de lo económico se puede alcanzar cuando se dice que la estructura de las relaciones de producción son las que enuncian lo económico.

Esta postura obliga prontamente, para completar el entendimiento de lo económico, a rechazar toda postura simplista que quiere darle a este concepto la cualidad de un dato, de una cifra de las cosas en sí mismas, del crecimiento o la disminución de tales cantidades, de tales productos, aunque para ello se involucren productos totales.

Lo económico requiere del concepto de estructura y del de relaciones de producción, que se interrelacionan para lograr la elaboración de la idea científica, no empírica, no numérica, no lineal, de lo económico.

Puede utilizarse operativamente la noción de estructura de acuerdo con la forma y usanza de Claude Lévi-Strauss, aunque este la defina en ocasión de estudiar sistemas de parentesco y de lenguaje, dado que no es atrevido advertir a los acontecimientos sociales como vinculados con el parentesco ni creer que nuestra ciencia, la Medicina, no deja de ser un caso especial de lenguaje (Lévi-Strauss, 1968, pp. 251-252).

De todas formas, esta definición de estructura favorece nuestro entendimiento para la elaboración del concepto de lo económico. Lévi-Strauss señala que en la estructura se supone el descubrimiento de un orden (o de un desorden) que define las reglas de combinación y de permutación (de interrelación) que ligan a los diferentes términos (elementos componentes), puestos en juego en un campo determinado (el social, por ejemplo).

La composición entre los modelos estructurados es comparación de órdenes (de disposiciones); no es un acontecimiento formal ni simple porque son precisamente los tipos de combinación posibles (de interrelaciones) los que definen el valor (semántico, histórico y social) de los términos, el significado que recubren;

aquellos que contribuyen a esclarecer la exacta posición de la realidad (verdad), que también en este caso simula encontrarse simplemente a la mano del interpretador, pero está más allá, mucho más honda, más compleja, y en continua combinación y/o permutación.

Puede completarse esta concepción de estructura sumándole la idea de Godelier, que expresa que se trata de un conjunto de objetos vinculados entre sí según ciertas leyes, reglas.

Por *objeto* debe entenderse cualquier realidad posible: individuo, concepto, institución, cosa, grupo; por *leyes, reglas*, se designan los principios explícitos de combinación, de planteamiento de relación entre los elementos de un sistema y las normas intencionalmente creadas y aplicadas para ordenar (una vez más, desordenar) la vida social o el conjunto de los diferentes términos (Godelier, 1974, p. 254).

Para construir la idea de relaciones de producción en una forma determinada de sociedad activa, nos vemos en la obligación de entender la definición de la totalidad de los diferentes niveles que componen a esa sociedad (elementos, términos, componentes) y los tipos de interrelaciones que le son propias (combinaciones, permutaciones, identificaciones, separaciones, etc.).

Esto quiere decir que debe concebirse la existencia de diferentes niveles en la estructura del todo y de las relaciones específicas de aquellos, tal como están implicados (articulados) por la estructura del modo de producción considerado.

La combinación de los elementos que intervienen en la producción, dueños de los factores de producción, trabajadores, objetos de la producción, insumos, instrumentos y herramientas, ciencia, técnicas, capitales, etc., y los modos de interrelación, de combinación, de permutación, etc., propiedad, uso, profesión, etc., son los que caracterizan los diferentes modos de producción.

La aplicación de las combinaciones, interrelaciones específicas para cada caso de sistema productivo, construye una forma especial de relación que resulta precisamente la relación de producción para ese modo de producción.

Esta relación determina la forma de combinarse, de interrelacionarse entre sí, de los diferentes elementos, componentes, agentes de la producción, consolidando grupos, estados funcionales, que ocupan lógicamente un lugar definido en ese proceso productivo.

Lo económico es, así, una estructura interrelacionada que tiene un lugar propio, esencial, en la estructura global de la sociedad, porque resulta ser una composición que funciona como una combinatoria que determina a sus elementos y la naturaleza de ellos, proyectando su jerarquía y calificación sobre los demás componentes de la estructura global, a la que domina y define.

Este concepto dinámico de la estructura de las relaciones de producción permite entender los requisitos de la combinación, de la interrelación entre los diferentes agentes de la producción, de donde surge la distribución de los seres humanos en grupos, que se han denominado clases sociales y que resultan las formaciones lógicas del proceso productivo.

Bajo estas condiciones, resulta que la producción, con las relaciones sociales que de ella se generan, componen, elaboran la situación económica, el concepto de lo económico.

Es necesario remarcar que tales condiciones sociales del proceso de producción, que sus relaciones sociales no son transformables a simples o directas relaciones entre los hombres, a relaciones interpersonales, a relaciones humanas que puedan incluir la contabilización de los conflictos personales, el prestigio, el dominio, la simpatía, la esclavitud. No se trata solo de eso ni de tales simplificaciones, sino de las combinaciones, permutaciones, en fin, de la interrelación de los agentes de la producción y de las condiciones concretas, materiales, ciertas, del proceso de producción.

No se trata de la condición que ha alcanzado determinado hombre y aun determinada comunidad o región. Se trata de las relaciones específicas de la estructura global, implicada por el modo de producción que la determina y que a su vez contiene en su seno una combinación interrelacionada de sus componentes que definen un tipo de producción. Esta interrelación, esta combinación, que también esculpió el modo de producción, distribuye a los agentes de la producción en grupos definidos para cada proceso de producción.

Más allá de la voluntad y deseo de los hombres, estas relaciones de producción constituyen el mecanismo que da origen y vitalidad, que engendra a las clases sociales.

En las clases sociales los grupos humanos se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en el sistema productivo, por el papel que sus integrantes desempeñan en la organización social y del trabajo, y por la forma y la parte que reciben en la distribución de la riqueza social disponible.

Las clases sociales se refieren entonces a tres hechos objetivos y complejos: el lugar ocupado en el sistema de producción, la significación de sus componentes en la organización social y laboral, y la forma y parte de apropiación de la riqueza social.

Esta conceptualización adquiere una importancia fundamental para el entendimiento de los hechos vinculados a la salud-enfermedad. La integración del hombre y su familia a una clase social le dicta las condiciones de vida y trabajo, y le señala y promueve la determinación de las condiciones de salud en las que se desenvolverá su existencia.

Aquí está entonces la segunda precisión, aquella que nos permite seguir fundamentando, con estos argumentos, el proceso sanitario como un fenómeno histórico-social que surge de la estructura de las relaciones sociales y que obliga a descomponer por improductivo y parcial el influjo de la condición biológica del tal proceso. La condición histórico-social incluye, abarcándola, a la condición social, a la que influye, determina y supera.

Después de esta segunda precisión se deslizan dos recortes importantes a los criterios corrientes para la explicación común de los procesos de salud-enfermedad.

El primero se refiere a la necesidad de abandonar la clasificación de los seres estudiados en la medicina como dueños de determinados atributos personales, generalmente cuantitativos, a través de los cuales se intenta explicar las causas de la

enfermedad o del estado de salud y desde ese punto pensar que la transformación del proceso solo consiste en el mejoramiento de tal atributo.

Con la utilización de esas variables que definen los atributos personales señalados solo se logra una estratificación social que suele aparecer como didáctica por su claridad, pero en realidad solo contribuye a una clasificación relativa, empírica y endeble que es metodológicamente insuficiente.

Solo la utilización de una categoría comprensiva, abarcativa y dinámica, como es el concepto científico de clases sociales, puede ofrecer una expresión integral de las condiciones sociales e históricas en las que se desenvuelve el proceso salud-enfermedad.

Esto no invalida la necesidad de conocer las condiciones concretas del trabajo y la existencia de los hombres y comunidades, que pueden estudiarse a través de problemas como el ingreso, la educación el puesto de trabajo, las migraciones, en fin, por la vía de atributos determinados. En todo caso, es imperioso que tales referencias se integren dentro de la naturaleza y las características de la clase social. De otra forma, solo son datos simples, individuales o colectivos, pero aislados del proceso social.

El segundo recorte se refiere a las necesidades de la salud y los bienes y los servicios de atención médica.

Debe decirse que las necesidades sanitarias, como todas las necesidades sociales, han sido y son actualmente aquellas que pueden ser económicamente satisfechas, y se comete un frecuente error al creer que tales necesidades obedecen a la naturaleza del hombre o son parte de ella.

Las necesidades sanitarias deben ser definidas por dos circunstancias que se relacionan entre sí. Por el nivel de los ingresos de que disponen los individuos y su puesto en las clases sociales, por un lado, y por el otro por la naturaleza y calidad de los elementos y servicios sanitarios que están disponibles, es decir, por los bienes que surgen de los recursos productivos y de la capacidad tecnológica que le es propia para generar tales bienes de salud.

En realidad, esta capacidad productiva y tecnológica no solo es la responsable de producir los elementos del consumo sanitario, los valores de uso de la comunidad, sino que también define su modo de consumo y hasta la intensidad de los requerimientos de tales bienes y servicios. También, en medicina la producción y sus relaciones sociales dominan el consumo, lo orientan y lo dirigen.

Además de las necesidades, cuya ligazón con el proceso productivo y con las clases sociales (que son su consecuencia) ya hemos señalado, debe expresarse que las diferencias que se observan entre las clases sociales y su morbimortalidad ratifican el concepto cada vez más evidente de la escasa significación de los servicios de atención médica en tales índices de enfermedad y muerte. Estos fenómenos de morbimortalidad se están viendo cada vez más claramente unidos a la organización social en la que se producen y en estrecha asociación con el puesto que cada clase desempeña en el espectro económico-social de esa comunidad.

Todos estos conceptos que hemos involucrado dentro de las dos precisiones previas han sido sugeridos y tienen plena vigencia para la comprensión de la

denominada accesibilidad económica para los bienes y servicios de la atención médica (Sonis y Paganini, 1972, p. 343).

Diremos que la accesibilidad económica está dictada por el grado de facilidad que tiene el individuo o la comunidad para utilizar los servicios de la atención para la salud y consumir los bienes que la producción sanitaria crea en un tiempo y en un lugar determinado, conforme la capacidad económica que posee ese individuo o esa comunidad.

Entonces, diremos que la accesibilidad económica tiende a cero o a hacerse cada vez más negativa cuando el individuo o la comunidad que quiere atención médica no está en condiciones de solventar los gastos que esa tensión exige, y, por el contrario, la accesibilidad tiende al máximo o a hacerse marcadamente positiva cuando la atención médica necesaria se entrega sin exigir pago alguno.

También corresponde entender que los servicios y bienes sanitarios para la atención de la salud que deben ser pagados otorgan una accesibilidad distinta a la población y que varía en función de los costos de esos bienes y servicios y de la capacidad económica de la comunidad. Cuanto mayor es el costo de los bienes y servicios requeridos o necesitados, menor será el número de miembros de esa comunidad que puede obtenerlo.

En nuestros conceptos, la accesibilidad económica se refiere a la inserción del individuo, su familia y la comunidad en la estructura de las relaciones de producción que distribuye a sus agentes en clases sociales.

La accesibilidad a los bienes y servicios sanitarios está directamente relacionada con el puesto que el individuo necesitado de tales bienes y servicios tiene en las clases sociales de esa sociedad.

Existen escasísimos trabajos de investigaciones que relacionen accesibilidad a la atención médica y clases sociales. Hay sí, y también poco numerosas, investigaciones que refieren esa accesibilidad a algunas variables socioeconómicas que intentan acercarse al concepto comprensivo y dinámico de clases sociales.

En nuestro caso, el mejor ejemplo que puede brindarse es el análisis que produjera la investigación de la Encuesta Nacional de Salud (“Estudio sobre salud y educación médica”) realizada en cinco áreas metropolitanas del país entre 1969 y 1970.

A los efectos de ratificar la hipótesis que señalamos al decir que la accesibilidad a los bienes y servicios de atención médica depende de la inserción del demandante en el espectro de las clases sociales de la comunidad, utilizaremos algunos hallazgos de este estudio para el área metropolitana, que, por otra parte, se repiten casi en forma idéntica en las demás áreas urbanas estudiadas (Rosario, Córdoba, Mendoza, Tucumán) (Secretaría de Estado de Salud Pública *et al.*, 1970).

Conviene comenzar por observar cuál ha sido el comportamiento de la población del Área Metropolitana para la percepción de la enfermedad.

Al cotejarlo con el nivel educacional, estos son los resultados:

Nivel educacional	Tasas de percepción
Total	36,5
Sin instrucción y primaria incompleta	40,7
Primaria completa y secundaria incompleta	34,3
Secundaria completa y universitaria	33,0

Según el nivel ocupacional, los porcentajes encontrados son los siguientes:

Nivel ocupacional	Tasas de percepción %
Total	36,5
1	38,4
2	37,4
3	35,2
4	33,2
5 y 6	25,7

El nivel ocupacional uno incluye a los obreros no calificados; el nivel dos a los calificados y comerciantes minoristas sin personal; el tres a comerciantes minoristas con uno o dos empleados, telefonistas, empleados administrativos; el cuatro a pequeños industriales, profesores, jefes administrativos, comerciantes hasta con cinco empleados; el cinco y seis a industriales medios y grandes, médicos, ingenieros, banqueros, ministros, embajadores, jefes de las FF. AA.

La interpretación de estas cifras sería la posible influencia de la morbilidad real, eventualmente mayor en los grupos sociales más bajos, aunque sea medida por un solo atributo cualitativo.

En cambio, cuando la variable fue el nivel de ingresos, estas son las tasas de percepción de morbilidad.

Nivel de ingresos	Tasas de percepción %
Total	36,5
I	36,4
II	36,4
III	36,1

Esta escasa variación en las tasas de percepción puede deberse al hecho de que los niveles de ingresos más bajos tuvieran una percepción más baja para los síntomas mal definidos, acompañada con mayores niveles de morbilidad, que son reales, mientras que los niveles de ingresos más altos tienen una mayor percepción de la morbilidad en función de enfermedades certeras, y aun síntomas banales, aunque la morbilidad real sea menor. Estas dificultades interpretativas surgen como consecuencia de la falta de utilización de la categoría “clase social”.

Observemos ahora la probabilidad de consultar al médico según algunas variables socioeconómicas. Pero primero brindemos la tasa de consultantes (%) en dos semanas y en un año para toda la población investigada.

Tiempo\Edad	-1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-64	65 y +	Total
Tasa 2 semanas	41,7	24,5	12,3	12,5	13,3	13,0	16,4	18,4	15,3
Tasa anual	98,3	86,8	64,5	61,4	66,5	60,8	65,8	72,6	66,6

Las edades primeras y las últimas son las de mayores tasas de consultas en las dos últimas semanas de la investigación y con escasas variaciones también para la tasa anual.

Estas tasas de consultas, cuando se utiliza una variable, como es la afiliación a algún componente del sistema de seguridad social, muestran una proporción mayor para los afiliados. Es la siguiente:

Afiliación	Período	
	Dos semanas	Un año
Afiliados	17,9	71,7
No afiliados	13,4	62,0
Total	15,3	66,6

Una protección social que también tiene connotaciones económicas, como es la afiliación a un obra social, determina una mayor propensión a la consulta médica.

Cuando la observación de la tasa de consultantes se la controla por afiliación a obras sociales y por nivel de ingresos, este es el resultado:

Nivel de ingresos	Período			
	Dos semanas		Un año	
	Afiliado	No afiliado	Afiliado	No afiliado
I	16,7	13,2	70,0	60,3
II	17,3	11,7	71,3	62,0
III	19,1	16,4	74,5	66,1

Entonces, se comprueba que la propensión al uso de consultas médicas que da el estar afiliado es independiente del nivel de ingreso.

Y, al aislar la variable a nivel de ingresos, se corroborará igualmente esa tendencia.

Nivel de ingresos	Período	
	Dos semanas	Un año
I	14,5	64,3
II	14,6	66,8
III	17,6	70,9

Es evidente una asociación directa entre el mayor nivel de ingresos de los demandantes y la mayor propensión a consultar, tanto en el corto plazo de las dos semanas inmediatas como en todo el año anterior.

Esta misma situación se observa cuando el estudio se hace con relación a la edad y el nivel de ingresos:

Nivel de ingresos	Edad			
	-1	-5	5-44	45 y +
I	41,5	27,6	11,6	16,1
II	42,9	27,5	12,3	15,9
III	47,1	36,8	15,6	18,5
Total	41,7	28,2	12,8	16,9

Y miremos ahora el acceso a la consulta odontológica y también el nivel de ingresos:

Nivel de ingresos	Proporción de consultantes
I	8,0
II	9,2
III	12,9

La tasa de consumidores de medicamentos:

Nivel de ingresos	Tasas (%) de consumidor medicamentos
I	39,4
II	44,1
III	55,5
Total	66,3

Y la de utilizadores de exámenes de laboratorio y de radiología, también según el nivel de ingresos:

Nivel de ingresos	Laboratorio	Radiología
I	1,9	1,5
II	2,1	1,3
III	3,4	2,1

En los tres casos se repite la asociación positiva, o sea que a mayor nivel de ingresos mayor es la propensión al consumo de consultas odontológicas, medicamentos y de elementos auxiliares del diagnóstico.

Así, la proyección conceptual con nuestras consideraciones teóricas es totalmente válida. Diremos que es más condicionante, para la probabilidad de utilizar los bienes y servicios de la atención médica, la pertenencia a las clases poseedoras que la necesidad de utilizar esos recursos por las exigencias de las enfermedades influenciadas o producidas por integrar la clase trabajadora.

Dicho de otra forma, la propensión a utilizar los recursos de la atención médica resulta siempre absolutamente superior para la clase poseedora y, en consecuencia, la accesibilidad a ellos no aparece definida ni por la morbilidad ni por su intensidad y difusión. Las clases dependientes tienen dificultado, cuando no impedido, su acceso

a los recursos para la atención médica y en todos los casos con muchos más inconvenientes y limitaciones que la clase poseedora.

Puede ofrecerse algunos otros detalles que ratifican los anteriores y acentúan las afirmaciones realizadas, al tiempo que permiten alguna profundización en estos aspectos de la atención médica.

Así, por ejemplo, es de interés observar el gasto en salud de las familias y la distribución que presenta por grandes rubros sanitarios, según el nivel ocupacional de tal población, medido porcentualmente para cada grupo:

Rubro	Nivel ocupacional						Total
	1	2	3	4	5	6	
Medicamentos	42,1	50,6	35,3	33,4	29,2	29,4	40,7
Consulta ambulatoria	20,4	20,1	29,8	17,7	32,8	17,9	22,8
Internación	5,0	3,5	6,4	7,5	6,1	5,8	5,6
Laboratorio y radiología	14,7	8,2	7,4	1,0	2,2	1,4	6,9
Odontología	16,3	17,2	17,9	40,4	25,3	46,5	22,4
Prótesis	1,5	0,4	3,2	-	4,4	-	1,6

Se nota una significativa participación del gasto en medicamentos en los dos grupos ocupacionales de menor jerarquía, en tanto que los grupos ocupacionales de más elevada posición presentan una nítida diferencia en los gastos odontológicos.

También existe una diferencia notoria en cuanto a gastos de exámenes auxiliares; los grupos más bajos tienen mucha mayor erogación porcentual en esos análisis que los grupos superiores.

Estas circunstancias pueden interpretarse teniendo en cuenta preferentemente el tipo de atención médica brindada a los grupos inferiores. La gran parte de la atención se resuelve con medicamentos y exámenes de laboratorio y radiología, que, si bien podrían encontrar justificación en la reconocida mayor morbilidad posible de la clase trabajadora, lo cierto es que tales porcentuales se explican por el empleo de un tipo de medicina que repara en los síntomas, que se ejercita presionada por el tiempo y el número elevado de pacientes a examinar. Para resolver estas situaciones ha ido instalándose una práctica médica con escasa participación del profesional como tal, casi sin diálogo y con respuestas sustitutas a tal déficit. Todo se resuelve indicando análisis y radiografías para suplir el diagnóstico clínico que el escaso tiempo de la entrevista no permitió realizar y con medicamentos que resuelvan los síntomas denunciados.

Otro detalle de interés se puede observar en la proporción de consultantes y el motivo de la consulta, según el nivel de ingresos:

Nivel de ingresos	Motivo de la consulta	
	Problemas de salud	Control de salud
I	91,0	9,0
II	88,7	11,3
III	87,5	12,5
Total	89,7	10,3

Aquí se puede demostrar que los niveles de ingresos más elevados no solamente tienen una mayor utilización de los servicios de atención médica, como ya se expresara, sino que presentan también una mayor propensión al consumo de atención médica preventiva.

Finalmente, puede ofrecerse —siempre para nuestro país y dentro del área metropolitana— la razón consultas/persona año, estudiada según la afiliación a algún sistema de previsión de la seguridad social y el nivel de ingresos:

Nivel de ingresos	Afiliados	No afiliados	Total
I	8,5	6,1	7,0
II	7,4	5,6	6,5
III	8,5	7,7	8,0
Total	8,2	6,2	7,2

Como se ve, la condición de afiliado a alguna obra social tiene importancia para diferenciar la razón consultas/persona año, y en cuanto al nivel de ingresos puede verse que en ambos extremos se encuentra una mayor razón de consultas.

En el nivel más alto se debe a mayor cantidad de consultas y en el más bajo su explicación está dada por la mayor concentración de consultas por consultante en ese grupo, como puede verse en el cuadro que sigue, donde se estudia esa concentración para dos semanas, según afiliación y nivel de ingresos. Lógicamente, por su condición de miembro de las clases desposeídas, suma mayor cantidad y calidad en la morbilidad.

Nivel de ingresos	Afiliados	No afiliados	Total
I	1,9	1,8	1,9
II	1,6	1,8	1,7
III	1,7	1,8	1,8
Total	1,7	1,8	1,8

Es decir que la población de niveles de ingresos más altos (m) tiene una mayor probabilidad de consultar, sin que en este caso se vea influenciada tal probabilidad con la concentración de consultas por persona.

Ahora, una sola y breve cita de esta situación en otro país. Se trata del estudio del área metropolitana de Montreal, también en 1970 (Enterline *et al.*, 1973, pp. 579-591). La investigación realizada cubre un año y observamos la tabla siguiente, donde se presenta a las familias según sus niveles de ingreso (expresados en dólares), con los síntomas de enfermedad que padecieron y la proporción de ellas que fueron vistas por el médico:

Ingresos de las familias	Síntomas por personas	% asistidas por el médico
0 – 3000	1,08	58,7
3000 – 4999	0,76	58,2
5000 – 6999	0,60	59,4
7000 – 8999	0,61	62,2
9000 – 12999	0,59	67,6
13000 +	0,48	68,9

Las familias de más bajos ingresos experimentan más episodios de enfermedad y tienen los menores porcentajes de asistencia por los médicos.

Cuando se estudiaron las consultas médicas por persona y por año según dos grupos etarios (–17 años y adultos), se vieron estos resultados:

Ingreso per cápita	Consultas		
	Todas las edades	–17 años	Adultos
0 – 1000	4,6	3,7	5,3
1000 – 1999	4,6	4,2	4,7
2000 – 2999	6,0	5,7	6,0
3000 – 3999	5,1	5,7	4,9
4000 – 4999	5,8	6,6	5,6
5000 +	6,6	7,9	6,3

Los niveles más bajos de ingresos pudieron consultar mucho menos que los niveles más altos. Así, por ejemplo, las consultas de menores de 17 años de las familias de mayores ingresos son dos veces superiores a las de menores ingresos.

Ahora, la década de 1980

Miremos brevemente algunos datos que nos permitan conocer la confirmación actual de estos enfoques para el comienzo de esta década.

Estos surgen del estudio que realizara en 1980 el Departamento de Economía Sanitaria del Ministerio de Salud Pública, conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística y Censos, que consistió en una encuesta llevada a cabo en el Área Metropolitana (Capital y Gran Buenos Aires), Rosario y Mendoza.

Es cierto que este estudio, cuyas cifras son aún provisorias, presenta diferencias metodológicas con el estudio realizado por la Encuesta Nacional de Salud de 1969. Por lo cual, la comparación de sus resultados debe ser efectuada con cierto cuidado y las conclusiones posibles tomadas con la cautela necesaria.

Sin embargo, aunque de menores dimensiones y objetivos, este de 1980 ofrece datos que incitan a tales comparaciones.

Para nuestro caso, con referencia a la accesibilidad de atención médica, nos conviene ofrecer primero algunas cifras de cotejo que permitan observar también algunas de las modificaciones que puedan observarse en el campo sanitario y la población del Área Metropolitana.

Observemos, por ejemplo, la cobertura de la población para ambos períodos:

Cobertura	Área Metropolitana 1969	Área Metropolitana 1980		
		Total	Capital Federal	Gran Buenos Aires
Obra social doble	24,9	55,7	56,0	55,7
Obra social	-	2,3	4,0	1,7
Obra social y prepago privado	1,8	3,5	6,0	2,6
Prepago privado	17,7	8,5	13,0	6,8
Obras múltiples	-	0,1	0,1	-
Desconocido	1,1	-	-	-
Total cobertura	45,5	70,1	79,1	66,6
Sin cobertura	52,6	29,9	20,9	33,4
Sin respuesta	1,9	-	-	-
Totales	100,0	100,0	100,0	100,0

Estas cifras, que demuestran una clara extensión de la cobertura, serán tenidas en cuenta cuando se piense en la utilización actual de los bienes y servicios de la atención de la salud.

Puede verse que en 1980 casi los dos tercios de la población del Área Metropolitana están afiliados a una obra social: que casi el 20% de la población de la Capital Federal es beneficiario de un prepago médico privado (entidades con fines de lucro en casi su totalidad) y que casi el 30% de la población metropolitana no tiene cobertura para los problemas de salud. En 1969 esa falta de cobertura era del 52,6%.

La situación puede evidenciarse con un poco más de realidad, si se repara en los niveles de cobertura según nivel de ingresos per cápita de la familia.

Nivel de ingreso familiar	Área Metropolitana 1969	Área Metropolitana 1980		
		Total	Capital Federal	Gran Bs. As.
I	39,5	57,7	67,3	55,7
II	49,4	76,7	82,6	74,2
III	56,6	82,3	85,2	79,1
Total	45,5	70,1	79,1	66,6

El nivel de cobertura tanto para 1969 como para 1980 aumenta a medida que se incrementa el nivel de ingreso familiar. En este sentido, merecen destacarse dos tendencias significativas. La primera se refiere a que las diferencias porcentuales entre los niveles de ingreso extremos se han acentuado, con mayor deterioro relativo para la cobertura de las familias de menores ingresos con relación a la de mayores ingresos.

La segunda es la notoria diferencia de cobertura para los tres niveles de ingreso en las familias del Gran Buenos Aires con respecto a las de Capital Federal, y particularmente la circunstancia de que casi el 45% de las familias del nivel de ingreso más bajo no tiene cobertura en tal parte del área metropolitana.

Miremos ahora la percepción de enfermedad, que resulta de la pregunta “¿ha tenido síntomas de enfermedad que le hayan preocupado?”, y que les otorga a las cifras halladas una caracterización propia de tal indagación y con dificultades para establecer cotejos con otras cifras de estudios diferentes de percepción. Para esta encuesta de 1980, estos son los datos cuantitativos de la percepción de enfermedad de la población autorrespondente.

Percibieron	Total	Capital Federal	Gran Buenos Aires
Sí	23,5	22,0	24,0
No	76,5	78,0	76,0
Totales	100,0	100,0	100,0

De aquellos que percibieron síntomas preocupantes, casi el 20% no consultó al médico, y aun cuando las razones para no consultar han sido estudiadas por categorías motivacionales heterogéneas y difíciles de resumir, lo cierto es que para el Gran Buenos Aires más del 20% de los no consultantes debieron abstenerse de ver a un profesional o a una institución de atención de la salud por expresas razones económicas.

Ahora realicemos algún análisis de la demanda de consultas a médicos en el año, tanto para 1969 como para 1980.

Edades	Área Metropolitana 1969	Área Metropolitana 1980		
		Total	Capital Federal	Gran Buenos Aires
0 – 1 año	48,3	94,1	94,1	97,7
1 – 4	86,4	79,9	83,1	79,0
5 – 14	64,5	62,8	71,1	60,7
15 – 24	61,4	60,4	59,3	60,8
25 – 34	60,8	70,0	69,0	70,5
45 – 64	65,3	70,0	69,0	70,5
65 y más	72,6	80,2	82,9	78,2
Totales	66,6	68,3	71,4	67,1

Como puede verse, no se han producido cambios de significación en el porcentaje de consultantes a médicos en las cifras totales, en el cotejo entre 1969 y 1980. Tal vez solo merezca realizarse algunos pequeños cambios que puedan tener valor indicativo de algunas otras variables sociales en juego.

Así, se ve un discreto deterioro de los porcentajes de 1980 para las primeras edades (0-4 años) y un aumento para los 65 y más años.

Si se observa esta demanda de atención médica según la condición de cobertura por 100 encuestados, estas son las cifras:

Cobertura	Área Metropolitana 1969	Área Metropolitana 1980		
		Total	Capital Federal	Gran Buenos Aires
Con cobertura	71,7	74,0	74,9	73,7
Sin cobertura	62,0	54,7	57,7	53,9
Totales	66,6	68,3	71,4	

En la interpretación de estos valores, es necesario tener en cuenta el fenómeno de la extensión de la cobertura que indicábamos anteriormente. De todas formas, la tasa de consultantes con cobertura era más alta que la de los encuestados sin cobertura en 1969, y la situación se repite en 1980, aunque en este caso las diferencias se han profundizado con relación a 1969. Vale decir que es más clara aun la superioridad de la tasa para los habitantes con cobertura frente al 54,7 de los sin cobertura.

Si la observación de la demanda de consultas a médicos se realiza teniendo en cuenta el nivel de ingresos de la familia, los resultados son los siguientes:

Nivel de ingresos	Área Metropolitana 1969	Área Metropolitana 1980		
		Total	Capital Federal	Gran Buenos Aires
I	64,3	62,2	66,1	61,5
II	66,8	71,0	71,8	70,7
III	70,9	75,3	77,2	73,3
Totales	66,6	68,3	71,4	67,1

Como se ve, los porcentajes totales, como ya se ha dicho, han cambiado solo levemente de 1969 a 1980. Es decir que los consultantes en un año son casi iguales en ambos estudios, con solo el 2,3% de diferencia a favor de 1980.

En cambio, en cuanto al nivel de ingresos, se ve que los de más baja condición económica en 1980 todavía tuvieron menor utilización que los de 1969, y los de mejor nivel de ingresos, por el contrario, superan holgadamente en 1980 a los de 1969.

Esto permite pensar que, según el nivel de demanda de consultas para el Área Metropolitana, la situación global cambió poco, solo escasamente a favor en 1980, pero esta situación se muestra empeorada para las familias de bajos ingresos 11 años después, ya que tienen menos posibilidades que entonces. Por el contrario, los componentes de los niveles superiores de ingresos han mejorado en estos 11 últimos años y esta mejoría es la que dicta las razones del leve incremento de la utilización total.

Si la demanda de consultas médicas se interpreta como un signo de equidad social, si el acceso a tales prestaciones es una expresión de equilibrio comunitario, en 1980 los pobres están más discriminados, tienen peores situaciones que 11 años atrás y los ricos o los de mejores niveles de ingreso acrecientan su accesibilidad a los productos sociales, es decir son cada vez más dueños de la riqueza societaria.

Esta situación de síntesis ni siquiera está modificada por la condición con/sin cobertura; es así, injusta y privilegiada de todas formas. Observémoslo para 1980.

Nivel de ingresos	Área Metropolitana 1980					
	Total		Capital Federal		Gran Buenos Aires	
	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura
I	70,5	52,1	69,5	58,0	69,7	51,2
II	75,2	57,0	75,1	55,4	75,2	57,4
III	78,1	62,7	79,6	63,6	76,3	62,2
Totales	74,0	54,7	74,9	57,7	73,7	53,9

Además, estudiémoslo por el número de consultas médicas por persona encuestada en 1969 y 1980.

Nivel de ingresos	Área Metropolitana 1969	Área Metropolitana 1980		
		Total	Capital Federal	Gran Buenos Aires
I	7,0	5,4	6,4	5,2
II	6,5	6,8	6,8	6,8
III	8,0	6,2	6,9	5,6
Totales	7,2	6,2	6,6	6,0

En este caso, además de observar una disminución de la consulta persona/año en 1980 con respecto a 1969, menor accesibilidad a la consulta médica por persona, tenemos que agregarle las diferencias que establecen las situaciones de cobertura y aquellos elementos que tienen que ver con los niveles de incapacidad o malestar que cada clase social percibe.

Estos últimos reparos no tienen respuestas en investigaciones nacionales, pero cuesta poco suponer que, si se repiten las circunstancias que señalamos en otras páginas, estas diferencias de demanda de consultas médicas por persona y año profundizan aún más las diferencias que indicamos para los distintos niveles de ingresos per cápita de las familias.

Solo un detalle más para observar y así tal vez complicar la compleja interpretación de la demanda de utilización de servicios médicos (consultas por habitante, por ejemplo) cuando no se tienen en cuenta los argumentos económicos que hacen a estos acontecimientos sociales.

Miremos las consultas totales producidas por los médicos de cabecera del distrito Capital del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto de Jubilados y Pensionados y sus cifras por lugar de realización.

Años	Consultorio	Domicilio	II Nivel	III Nivel	Totales
1980	2.008.599	151.153	5.805	15.920	2.181.477
1981	2.179.703	148.769	6.070	17.032	2.351.574

Ahora debemos establecer el indicador consultas por persona/año.

Año	Universo	Consultas	Consultas por año
1980	578.664	2.181.477	3,76
1981	581.693	2.351.574	4,04

Establezcamos una comparación con las consultas persona/año que en 1980 se han producido en toda la Capital Federal para las edades identificables con las de PAMI y las de este sistema.

Sistema	Consultas persona/año
Capital Federal 1980	
45 – 64 años	7,7
65 y más	9,8
PAMI	3,7

Las diferencias realmente sustanciales entre las consultas totales para esas edades, obtenidas por la encuesta del INDEC, y las del Sistema de Jubilados y Pensionados merecen una explicación. Aun cuando las metodologías de obtención de las cifras son diferentes y la población del PAMI también está incluida en el universo de la encuesta, sus cifras son tan disimiles que obligan a hallar esa hipótesis explicativa.

En ese caso, es necesario advertir que los médicos de cabecera del sistema PAMI de Capital Federal están retribuidos en dicho sistema por pago por capitación, que, como decíamos en otras páginas, es una condición económica que está en todos los casos acompañada por una subprestación, que en esta oportunidad es demasiado elocuente para no percibirla.

Podrá argumentarse que los afiliados del PAMI están eligiendo otros sistemas y otras formas de accesibilidad a las consultas que los que le brinda esa organización. En esas condiciones, al dejar el sistema, podría justificarse la baja tasa de consultas persona/año, pero de todas maneras ese éxodo hacia otras formas de organización

de la atención médica también señala el deterioro que tal retribución al médico provoca en ese indicador.

De una o de otra forma, estas cifras son tan evidentes y golpean con tal efecto, que una vez más se refuerzan las opiniones científicas que buscan para los actos de la atención médica las explicaciones que el sistema productivo y sus consecuencias le brindan, dándole claridad a sus tendencias y explicación a sus diferencias.

Otra vuelta de tuerca. Disponemos de las tasas de consultas del Sistema de Atención Médica que la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires brinda para los beneficiarios del Sistema del Instituto de Jubilados y Pensionados en esa provincia. Esos datos corresponden al período junio 1980 a diciembre 1981 y son los siguientes:

Lugar de realización	Consultas por año
Consultorio	6,21
Domicilio	1,80
Total	8,01

Aunque se trata de períodos un tanto diferentes, medio año de 1980 y todo el año 1981, la tasa de utilización de consultas del sistema de Jubilados y Pensionados para la Provincia de Buenos Aires es claramente diferente al sistema PAMI de la Capital Federal.

En este último caso, sus niveles de demanda alcanzan valores también más elevados que en toda la población del Área Metropolitana para 1980 que, como se ha dicho, fue de 6,2 consultas persona/año.

Para la comparación con PAMI Capital y aun con toda el Área Metropolitana, es necesario agregar que el sistema de Femeba retribuye a los médicos por acto profesional y, en consecuencia, vuelve a ratificarse la sobreprestación, al menos con referencia a otros sistemas de financiación, en cuanto a las consultas brindadas por esta fórmula económica de la atención médica. Una vuelta más, sin dudas.

Con relación a la demanda de hospitalización, medida a través de los egresos anuales, la situación ofrece variantes y características que le son propias.

Estudemos en primer término los egresos anuales por cada 100 encuestados para 1969 y 1980.

Edades	Atención médica 1969	Atención médica 1980		
		T	Capital Federal	Gran Buenos Aires
0 – 1		34,4	17,1	38,4
1 – 4	4,6	5,3	5,8	5,2
5 – 14	2,5	2,5	3,0	2,4
15 – 24	6,9	6,8	3,9	7,9
25 – 44	6,7	7,8	7,0	8,0
45 – 64	4,1	5,5	6,1	5,2
65 y +	6,9	8,5	8,6	8,5
Total	5,1	6,6	6,1	6,8

Como se ve, las cifras de 1980 son superiores a las de 1969, pero aún son claramente inferiores a las tasas de otros países que han acentuado la tendencia a resolver, en los establecimientos asistenciales y con la internación, los problemas contemporáneos de la salud.

Al mirar por grupos de edades y descartando la diferencia notable del grupo de 0-1 años, que posiblemente esté referida a un error de interpretación para la encuesta de 1980, en el sentido de considerar egreso para esa edad al producido por el recién nacido junto a su madre en el parto, los demás grupos presentan tasas similares, con la sola excepción de las producidas en las edades de 65 y más años.

En este grupo etario ha influido sin dudas la accesibilidad a este tipo de prestaciones que ha abierto el sistema de cobertura. La extensión de la cobertura es, así, responsable de buena dimensión del crecimiento en 11 años de esta tasa de egresos y aparece, así, como responsable de una buena porción del crecimiento global del indicador de 5,1 en 1969 a 6,6 en 1980.

Cuando se observan los egresos según nivel de ingreso familiar, estos son los resultados obtenidos en la encuesta del Departamento de Economía Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Nivel Ing. Fam.	Capital Federal	Gran Bs. As.	Total
I	5,3	8,2	7,7
II	6,8	6,2	6,4
III	3,6	4,3	3,9
Total	6,1	6,8	8,8

Como se observa, la tasa de egresos disminuye entre la población del nivel inferior de ingresos familiares (7,7) y la de ingresos mayores (3,9).

Estos valores exigen estudios ulteriores, pero en nuestra interpretación, además de la necesidad de contar con datos referidos a la estructura de estos egresos según sexo y edad, puede pensarse que están incidiendo sobre las tasas la intensidad de los procesos patológicos diferenciados según clase social o nivel de ingresos familiares, como así también la capacidad igualmente diferencial de los grupos familiares según su inserción en el sistema productivo para responder ante cada necesidad de atención de la salud de sus componentes.

En cuanto a la financiación de tales egresos, estos son los niveles para 1969 y 1980.

Financiación	1969	1980
Sector público	40,0	29,9
Obra Social	20,3	49,7
Prepago privado	13,2	9,6
Cuenta propia	26,5	10,8
Total	100,0	100,0

En este último año, 1980, la mitad de los egresos los financian las obras sociales, menos de un tercio el sector público y un 20%, dividido casi en iguales niveles de un 10%, los prepagos privados y cada internado de su propio bolsillo.

Finalmente, como una expresión del costo familiar de la demanda de atención médica, que, como hemos visto, tiene claras diferenciaciones según el punto de inserción de cada familia y sus componentes en el sistema productivo nacional, la encuesta estudiada nos ofrece la estructura del pago directo de las familias en el gasto en salud para 1980.

Concepto	Capital Federal	Gran Buenos Aires	Total
Consulta médica	18,7	21,1	20,3
Consulta odontológica	23,1	15,0	17,7
Medicamentos	32,3	35,7	34,5
Laboratorio	3,4	2,9	3,1
Radiología	1,8	2,1	2,0
Internación	10,2	14,5	13,1
Otros estudios	3,0	3,5	3,5
Otros gastos	7,5	5,2	6,0
Total	100,0	100,0	100,0

Estos valores no son muy diferentes a los porcentajes que la familia gastó en 1969. Se muestran solo algunos cambios significativos en un menor nivel porcentual en 1980 para consulta odontológica (17,7 contra 22,4 de 1969), para consulta médica, de 20,3 a 22,8 en 1969, y para medicamentos, que fue en 1980 de 34,5 y en 1969 de 40,7; en tanto que son más elevados para internación, que en 1969 fue del 5,6%, y en 1980 del 13,1%.

A estas cifras porcentuales les falta el análisis según clases sociales, niveles de ingresos familiares u otras variables sociales.

De todas formas, siguen expresando un peso elocuente los gastos directos de la familia en medicamentos, calificando toda una tendencia del sistema de atención médica contemporáneo en nuestro país.

Nuevamente una reafirmación teórica

Estos hallazgos nos sirven como aproximaciones a la realidad efectiva; como aportes que deben integrarse al conocimiento y naturaleza de las clases sociales que hemos señalado, para contribuir a señalar los mecanismos que generan estas diferencias e impulsan hacia la terapéutica indicada.

Debe terminarse con los estudios empíricos sobre los pobres e indigentes. También en medicina. Y dedicarse al análisis científico del sistema que los produce, no solamente para entenderlo e interpretarlo, sino exclusivamente para transformarlo. Esta realidad no necesita explicaciones, solo exige ser transformada, sin dubitaciones.

Como ya dejáramos dicho al ocuparnos de la accesibilidad jurídica, las obras sociales y el sistema de la seguridad social que las incluye aparecen como uno de los mecanismos para hacer posible también la accesibilidad económica.

Con el deseo de no repetir los argumentos que hemos señalado cuando nos ocupáramos de las obras sociales, queremos ahora solamente sintetizar las razones por las cuales la seguridad social no ha logrado concretar en nuestro país tal accesibilidad económica.

Comencemos por el pecado original. Las obras sociales tienen sus recursos asignados, conforme una participación porcentual de los salarios de los trabajadores. Sus fondos son parte de esos salarios. De tal forma que se corresponden con la integración del trabajo, en el Producto Bruto Interno, y entonces es necesario reparar que tal participación fue la siguiente:

Años	%
1975	45,5
1976	28,9
1977	29,4
1978	26,6

Con lo cual, desde 1975 a 1978 se ha producido una disminución del 45% en la sumatoria del Producto Bruto Interno; un 45% menos para la clase trabajadora en la riqueza social disponible.

Si de tal participación surgen los recursos de las obras sociales, no es muy difícil pensar en la crisis económica en la que se encuentra sumido el sistema que ve disminuir constantemente sus ingresos, de cuya asignación en el reparto del producto social no interviene, y ve incrementar en razón exponencial sus costos, en cuya determinación, nivel y naturaleza tampoco interviene. En el primer caso es la sociedad competitiva la que le asigna un papel, generalmente injusto, en tal repartición de la riqueza social; y en el segundo, son los dueños de los instrumentos de producción sanitaria, las asociaciones médicas y profesionales, los propietarios de clínicas y sanatorios, del instrumental y equipamiento, de los medicamentos y de los recursos humanos y financieros del sector, son ellos los que contribuyen a su escalada de costos.

Este pecado original restringe en forma indudable la perspectiva de la accesibilidad económica del beneficiario dentro del sistema de las obras sociales.

En segundo término, debe mencionarse la propia capacidad económico-financiera de cada obra social.

Esta capacidad depende en grado especial de la dimensión de la obra social, del puesto de sus componentes en el sistema productivo y de la capacidad negociadora que en el momento de las convenciones colectivas de trabajo han ejercido sus representantes, o de la significación política que pudo tener la asignación de los fondos sociales para cada una de las instituciones del sistema de previsión social.

De esta manera surgen diferenciaciones en los recursos, que aun ajenos a todas las maniobras oscuras y fraudulentas a las que pudieron dar lugar las tratativas indicadas, les han otorgado desigualdades evidentes a las distintas obras sociales, que han brindado así una atención médica no igualitaria, que deforma también el concepto de accesibilidad económica idéntica para los componentes del sistema.

Otra de las razones que no han permitido lograr una accesibilidad económica igualitaria en las obras sociales tiene que ver con el exclusivo papel de financiadoras de la salud que asumieron las mismas.

El sistema le otorgó a las obras sociales la tarea concreta de servir como instrumentos de financiación. Sirvieron así para organizar financieramente a la demanda, y debieron en casi todas las oportunidades aceptar las condiciones, generalmente injustas, cuando no leoninas, que le propuso la oferta organizada.

No intervinieron —o lo hicieron escasamente— en el proceso de planificación ni en el de asignación de prioridades, y mucho menos en la tarea de ejecución y evaluación de prestaciones. En gran medida solo pagaron las facturas que les presentaron las organizaciones de los prestadores, sin haber tenido ni siquiera la oportunidad de discutir alguna vez proyectos, programas, planes, que por otra parte en su casi totalidad tampoco tenían en su poder dichos prestadores.

Esta fórmula de organización financiera de la demanda, para entregarla casi sin condiciones a las exigencias, y aun la voracidad de la oferta, invalida toda perspectiva

de hacer cierta la accesibilidad económica del sistema aun en esa falacia del libre juego de la oferta y la demanda.

En última instancia, los dueños de los instrumentos de producción del acto médico, a quienes se les ofreció la satisfacción de la demanda, volvieron a hacer cierta la afirmación que dice que las determinaciones de las necesidades y requerimientos también en atención médica dependen de la forma de producción, tanto por los medios de consumo que esta crea como por la capacidad que tiene la producción de definir el modo, la apetencia y hasta la intensidad de tal apetencia por sus productos.

En esencia, el sistema sirvió para la financiación de la demanda de productos que la oferta puso a disposición de los beneficiarios, sin tener demasiado en cuenta la racionalidad de esos ofrecimientos ni el papel que estos jugaban en la idea de mantener o acrecentar los niveles de salud de sus componentes.

La accesibilidad económica, cuando pudo haber existido, fue engañada o eludida por estos ofrecimientos ajenos a los fines para los cuales pudo haber sido buscada.

Para explicar estos razonamientos debe pensarse en las subprestaciones que genera el pago por capitación o cartera fija y en la sobreprestación de prácticas generalmente elegidas y discernidas por la oferta, que produce el sistema de pago por acto profesional.

En tercer término, y mirando a las obras sociales como sistema, debe reconocerse que al ocuparse de la población económicamente activa y aunque exista una previsión para jubilados y pensionados, excluyen a miles de personas que no tienen oportunidad de alcanzar tal accesibilidad económica, al no aparecer en relación de dependencia.

La Ley 22269/180 pretende corregir en parte esta inaccesibilidad económica cuando dice en su artículo 2 que el Poder Ejecutivo podrá disponer la incorporación gradual de los trabajadores autónomos, pero lo hace con tantos reparos que seguramente esa desigualdad para tan importante sector de nuestra población seguirá siendo así por largo tiempo.

En cuarto término, deben agregarse las dificultades económicas que generan los coseguros, pagos directos, aranceles diferenciados y otros sistemas moderadores de la demanda, que hacen aún más ficticia la accesibilidad económica que como objetivo se proponía el sistema de seguridad social.

Estos recortes a dicha accesibilidad deben ser observados con detenimiento porque hoy constituyen la norma general de casi todas las instituciones componentes del sistema y deben ser reconocidos como verdaderos destructores internos de cualquier tipo de igualación económica que pudo construirse con cada obra social.

Los coseguros, pagos directos de una porción (cada vez más elevada) del costo de las prestaciones por parte del beneficiario en el momento de su utilización, limitan lógicamente la expansión indefinida de la demanda. Se cumple así uno de los objetivos principales de tal sobreprecio de las prestaciones. Pero, como lógica consecuencia de su peso sobre las economías de los beneficiarios de menores ingresos, estos ven restringidas sus demandas de atención médica que quedan sin satisfacer o deben buscar las soluciones que eliminan tales barreras económicas. En nuestro caso, generalmente esta demanda insatisfecha por limitaciones en la accesibilidad

económica, o bien queda sin poder utilizar los recursos de la atención médica, o bien se deriva hacia el sector público.

De todas formas, estas restricciones producen un doble efecto dentro del sistema de obras sociales. Por un lado, un numeroso sector de beneficiarios no puede utilizar su cobertura y debe recurrir a otras soluciones. Por el otro, como ese sector de la demanda insatisfecha deja de consumir en la obra social, pero sigue siendo contribuyente con su porción de salario a la financiación del sistema, se produce el fenómeno paradójico que significa que los beneficiarios de menores ingresos, esos que no pueden solventar el coseguro, al no utilizar la cobertura para la cual han contribuido, aparecen subvencionando a los otros beneficiarios que pueden pagar el coseguro. El sistema se ve favorecido por las barreras económicas que ha establecido para el uso libre de sus prestaciones, a punto de partida de la injusticia que significa eliminar del circuito del consumo a quienes tienen menores ingresos y que son, además, seguramente, quienes más lo necesitan.

En general esos coseguros, así como también los aranceles diferenciados, están gravando preferentemente prestaciones costosas y complejas. En el caso de los aranceles diferenciados, se trata de sobrepagos que el beneficiario debe pagar cuando decide o necesita ser atendido por profesionales que se encuentran en listados especiales que señalan derechos a percibir honorarios distintos de los fijados para los demás prestadores.

Estos coseguros y los aranceles diferenciados, como las otras formas de moderación de la demanda por barreras económicas que afronta directamente el consumidor, limitan sin dudas la accesibilidad económica que el sistema debió proteger y lesionan de muerte a la filosofía esencial de un sistema de solidaridad social.

Se trata de exigencias, bien del sistema de financiación, bien de las pretensiones de los componentes de la estructura de la oferta, que nada tienen que ver con los objetivos esenciales del sistema de seguridad social, que debe buscar una atención oportuna, integral e igualitaria para sus beneficiarios.

Todos estos elementos moderadores no constituyen ningún progreso para el sistema sino un retroceso hacia el pasado, que ha impregnado clandestinamente a la filosofía de la seguridad social con ideas y métodos de la medicina liberal, de la competencia y el lucro.

Finalmente, y quizá como marco referencial de todos estos factores que cercenan la accesibilidad económica en el sistema de las obras sociales, deben mencionarse en estos tiempos y en nuestros países dependientes y atrasados las limitaciones que imponen los salarios de los trabajadores.

El nivel de remuneraciones por debajo de las necesidades inmediatas para la vida (alimentación, vivienda, vestuario) termina eliminando de su cuenta cotidiana toda urgencia médica que sea postergable aun con el consiguiente e inevitable desmedro de la salud del trabajador y la de sus familiares.

La franja de gastos, más allá de los de la subsistencia mínima es ahora casi inexistente. El trabajador no tiene medios más que para asegurarse escasamente aquellos elementos que requiere, como el oxígeno diario para poder seguir trabajando.

El asalariado no solamente no puede dejar de trabajar para estar enfermo — porque eso limita sus ingresos—, sino que no puede contar con las mínimas posibilidades para solventar los pequeños gastos ocultos que acompañan a una enfermedad propia de sus familiares, y esto aun contando con alguna cobertura para su salud y la de los suyos.

Esta estrechez económica, regida por la exigua suma de dinero que hoy logra con su trabajo, constituye una realidad insoslayable que encontramos al analizar el problema de la atención médica del continente y otros lugares del mundo en dramática indigencia. También muestra una definición del sistema social en el que nos encontramos inmersos y al que hay que transformar sin más dudas ni estudios.

El seguro médico - Sistemas de prepago

Vamos a ocuparnos ahora de distintas fórmulas utilizadas para buscar garantías para una accesibilidad económica más fluida a los sistemas de atención médica. Se incluyen dentro de la designación de “seguro” o “seguridad médica”.

Esta designación tiene una amplia interpretación e incluye como seguros médicos variadas formas de asegurar dicha accesibilidad a los bienes y servicios sanitarios.

A los fines prácticos, podemos denominar seguro médico a todo sistema donde una persona, familia o grupo social cubre en todo o en parte los riesgos y contingencias que puede sufrir su salud mediante el pago anticipado (prepago) de una cuota o *prima*.

Por tal pago anticipado, esa persona, familia o grupo tiene derecho a recibir los servicios que, total o parcialmente, ha contratado para resolver sus problemas de salud, o a recibir el dinero acordado para pagar tales requerimientos de salud.

Con esta definición pueden reconocerse varias formas de organización y financiación para el seguro médico.

A efectos operativos, pueden reconocerse dos líneas diferenciadas: los seguros públicos o gubernamentales y los seguros privados.

Entre los primeros, los *seguros gubernamentales*, deben incluirse todas las formas que fueron desarrollándose, especialmente a punto de partida del proceso de industrialización que se han ido señalando cuando nos ocupamos de las obras sociales para nuestro país. Estas son, en muchos casos entre nosotros, formas nacionales, provinciales y aun municipales de seguros médicos gubernamentales o públicos.

Siguiendo el esquema de Van Langendock, podemos analizar los seguros médicos a punto de partida de su campo de aplicación, de la financiación, los beneficios que otorgan y sus relaciones con los proveedores de los servicios (Van Langendock, 1972).

En el primer aspecto, el campo de aplicación, corresponde estudiar quiénes se encuentran incluidos en el régimen del seguro que estatuye el gobierno.

También en este campo se encuentran grandes diferencias.

Si incorporamos a las obras sociales argentinas en este renglón, la Ley 22269 señala en su artículo 2 que

...deben incluirse en su régimen a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares primarios, a los jubilados y pensionados y sus familiares y a los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales y sus grupos familiares. Los trabajadores autónomos y sus familiares serán incorporados en la medida que las características de cada actividad y el equilibrio del sistema lo permitan.

En cuanto a los componentes de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, al personal dependiente de los gobiernos provinciales y de las municipalidades, como los jubilados y pensionados de esos regímenes, “...estarán cubiertos por las obras sociales correspondientes a cada una de esas actividades” (artículo 3).

La ley, al legislar sobre su campo de aplicación, ha incorporado prácticamente al 80-85% de la población argentina a este régimen jurídico de seguro médico gubernamental.

Ha prevalecido para esta incorporación el concepto de beneficio, que se adquiere en virtud del aporte que paga cada componente del sistema y que se une a la contribución a la que se encuentra obligado el empleador del trabajador, que cubre así sus riesgos y contingencias de salud y la de sus familiares directos.

En la Comunidad Económica Europea, un solo país, Holanda, para algunos riesgos de salud, se ha incorporado el otro concepto, aquel que fija como un derecho de todos los ciudadanos el recibir esta cobertura para las prestaciones sanitarias. A esta concepción se han agregado Canadá, Finlandia, Islandia, Nueva Zelandia y Noruega (Terris, 1980, pp. 178-179).

En cuanto al financiamiento de estos seguros médicos gubernamentales, pueden lograrse desde dos formas distintas: con las contribuciones del asegurado y/o del asegurado y asegurador, o bien por medio de subsidios gubernamentales.

Ambas formas no son excluyentes y en algunos países se complementan.

También, en parte —y a veces en buena parte—, el sistema de seguro gubernamental se sostiene por los pagos directos en efectivo que realizan los pacientes al utilizar los servicios.

Al considerar la forma de financiación, el régimen de las obras sociales que establece la Ley 22219 parece excluirlas de los seguros médicos gubernamentales, porque no hay contribución económica del Estado. Sin embargo, y especialmente por la significación que en la conducción del proceso tiene el Instituto Nacional de Obras Sociales, que “será la autoridad de aplicación del sistema previsto en la ley” (artículo 21) y el peso indiscutido del gobierno nacional en su constitución (artículo 22), esto otorga validez al criterio que incluye a las obras sociales de la Ley 22269 en el sistema de seguros médicos gubernamentales, aunque presente lógicas características que le son propias.

La forma de financiación de estos seguros médicos gubernamentales representa en su casi totalidad un impuesto a los ingresos del trabajo y, como hemos dicho más arriba, constituye un injusto gravamen al salario que la sociedad competitiva impone al trabajador, que, como en el caso de nuestra Ley de Obras Sociales, desnivela aún más las diferencias sociales desde el momento en que le exige al trabajador con

menor salario una parte relativamente superior de sus ingresos que la que le corresponde al mejor retribuido.

En lo referente a los beneficios que otorgan los seguros médicos gubernamentales, pueden englobarse en dos grupos. En el primero, el seguro se obliga exclusivamente a pagar al asegurado determinadas cifras por su enfermedad. Estas sumas están generalmente referidas a una tasa que se conoce oficialmente y que suele ser menor que las verdaderas sumas a que se ven obligados los beneficiarios del sistema cuando requieren servicios sanitarios.

En algunos medios, a este sistema se lo denomina *sistema de primas*, y entre nosotros se lo incluye dentro del régimen de reintegros de gastos médicos.

En este caso el seguro no tiene vinculación alguna con la organización de los servicios médicos. Solo se remite al pago de las primas o reintegros que hemos indicado.

En el otro grupo, los seguros médicos tienen vinculaciones con los proveedores de la atención médica. Tal vinculación tiene múltiples formas de expresión, que pueden ir desde el simple acuerdo de incluirlos en sus listados de prestadores, hasta constituirse en el único prestador por servicios propios.

Dentro de ese espectro pueden darse variedades importantes del régimen de beneficios, que en general están referidos al cuarto aspecto que señalaba Van Langendock que hace al sistema de relaciones con los proveedores de atención.

Este es, en alguna proporción, uno de los aspectos claves del seguro médico gubernamental. Se refiere a los convenios que los seguros establecen con los proveedores de servicios, cuando, como en la casi totalidad de los países, el seguro gubernamental no cuenta con servicios propios o los que tiene son insuficientes para cubrir la demanda de sus beneficiarios.

Por esos procedimientos se filtra un concepto diferente al objetivo y a la filosofía de los seguros gubernamentales. Se introducen los requerimientos de las empresas privadas, aunque se llamen asociaciones profesionales, y favorecen de esa forma la continuidad de la práctica privada y particularmente del pago por acto profesional o de honorarios por servicio brindado, y también de pago per cápita o cartera fija, cuya naturaleza y objetivo lucrativo ya hemos analizado.

Estas son las razones principales por las cuales las organizaciones profesionales, las empresas privadas dedicadas a la prestación de bienes y servicios de salud, no se han opuesto a su desarrollo, sino por el contrario se han mimetizado entre los objetivos de ese sistema y están consiguiendo transferir a sus áreas buena parte del esfuerzo económico de los trabajadores y del gobierno.

En nuestro país hay ejemplos múltiples sobre tales circunstancias. Es prácticamente la norma de conducta del sector, que siguió con antelación y aún lo sigue haciendo, el mismo criterio que en 1965 siguieron las compañías de seguros privadas al ponerse en marcha en EEUU el *Medicare*. Este es, como se sabe, un seguro gubernamental para cubrir acciones de salud para las personas de más de 65 años y que utiliza como fuente de financiación impuestos al salario y contribuciones individuales.

Las compañías privadas de seguros que se dedican en EEUU al sector de la salud, observaron con gran preocupación la creación del Medicare hasta que

...descubrieron un diagrama para sacar provecho de las enfermedades de la vejez. Al ayudar a redactar el Medicare estuvieron en condiciones de convertirse en intermediarios frente a este, aceptando dinero bajo la forma de seguridad social e impuestos recaudados por el gobierno y distribuyéndolo a los proveedores de la atención médica. A causa de su éxito con el Medicare, la industria del seguro privado apoyó el proyecto mientras los fondos se canalizaran a través de ella. (Goldsmith, 1980, pp. 100-112)

Pero, de todas formas, ni los gobiernos que garantizan estos seguros ni los proveedores que brindan los servicios —es decir, el sistema de los seguros médicos gubernamentales— están programando o planificando la atención médica.

Los gobiernos intervienen como simples fuentes de financiación y los proveedores como prestadores de los servicios que requiere la demanda. Nadie o casi nadie coteja el sentido de ese esfuerzo con la realidad de las necesidades en salud y mucho menos con la calidad de los servicios brindados por la oferta.

Se trata solo de un sistema de financiación, que además está sometido a un incremento incesante de sus costos y prestaciones que hace peligrar en todas partes su futuro, aun el inmediato.

Las tenues experiencias tendientes a producir mecanismos reguladores, como aquellas otras que intentan producir acciones tendientes a conocer y mejorar la calidad de la atención médica que produce este sistema de seguros médicos gubernamentales, no han pasado aún de ser solo débiles esfuerzos que generalmente sucumben en el tiempo, sin grandes modificaciones para el sistema.

Además, en general, estas experiencias en su casi totalidad se han concretado a producir especialmente diferentes fórmulas, en lo referente al método de remuneración profesional, que han pasado por el pago por acto médico, pagos por capitación o montos totales en los que el seguro le paga a una organización intermedia una suma global anual que se calcula de acuerdo con reglas preconvenidas y que sustancialmente dependen del número de beneficiarios que cubre el sistema en cada caso. Luego, esta entidad divide esa suma entre los profesionales según el número y naturaleza de los servicios provistos.

En otros casos existen fórmulas combinadas y en algunas experiencias hasta se ha recurrido al pago por salario.

En casi todo el mundo occidental las organizaciones profesionales defienden con gran insistencia el pago por prestación y de esta manera, en la sociedad de competencia y aun con seguros médicos colectivos, como son los gubernamentales, la preocupación constante está referida a la financiación y a la forma de retribución profesional, sin que se vea extender tal preocupación a la esencia misma del sistema, es decir a la cantidad y calidad de la atención médica que se brinda y la que debe brindarse.

Estos seguros han demostrado en todas partes que no son más que formas de financiación de la atención médica y cualquier experiencia realizada en su seno (y han sido escasas) para programar, planificar y mejorar seriamente la calidad de esa

atención, no ha prosperado o, mejor dicho, ha fracasado porque el sistema tiene en su seno las fuerzas que lo llevan a tal fracaso.

Los *seguros privados* para la atención médica son aquellos que realizan organizaciones privadas que ofrecen la prestación, en dinero o en servicios, a aquellos beneficiarios que contratan esas prestaciones mediante el pago de una cuota o prima regular.

También el análisis de estos seguros médicos privados, que en nuestro país se los denomina preferentemente como *sistemas de prepago* se puede realizar observando su campo de aplicación, la financiación, los beneficios que otorga y la relación con los proveedores.

En el primer caso, el campo de aplicación de estos prepagos médicos se trata de un derecho que se aplica exclusivamente al asegurado que paga una prima establecida por la organización del seguro para garantizarle su salud o la de su familia.

En cuanto a la financiación, también está dada solamente por la prima o cuota que la organización le estipula a sus servicios. Los *prepagos médicos* se financian por las cuotas que abona el asegurado.

Los beneficios de estos seguros médicos privados pueden ser divididos en dos modalidades diferentes. Una es aquella que otorga al asegurado una suma determinada de dinero por cada situación de enfermedad que ha debido resolver.

En general se trata de *reintegros* del dinero que el asegurado ha pagado en los establecimientos asistenciales en los que se ha atendido.

La suma a reintegrar y las formas de hacerlo constituyen parte del sistema al que suscribe el asegurado cuando ingresa a tal *prepago*.

La otra modalidad es la que otorga beneficios de atención médica, brindada por servicios previamente contratados o convenidos por el seguro.

En nuestro país buena parte de esos *prepagos* les ofrecen a los beneficiarios una *cartilla o listado* de profesionales y servicios a los cuales pueden recurrir para sus problemas de salud.

En otros *prepagos* estos profesionales y servicios son los elegidos del sistema y constituyen las únicas vías reconocidas para obtener las prestaciones que demanda el asegurado.

En cuanto a la oportunidad y términos de los beneficios, estos se encuentran establecidos en cada caso en los convenios que se suscriben entre el seguro y el asegurado al ingresar al sistema. Casi todos presentan limitaciones, períodos de carencia en los beneficios, como así también coseguros limitadores del derecho asegurado.

En lo referente a las relaciones del seguro médico privado con los proveedores de atención médica, estarán sustancialmente regidas por su condición de recursos propios o contratados. De cualquier manera, el elemento que señala la naturaleza de esas relaciones es primordialmente el sistema de retribución.

En el caso de los profesionales, como en el de los servicios cuando no son propios, pueden estar remunerados o contratados por múltiples formas, que incluyen los pagos por salarios, acto médico, capitación, cartera fija, y que en el caso de la contratación de servicios también pueden ser por prestaciones, sumas globales, fórmulas combinadas, etc.

Las organizaciones dedicadas al seguro médico privado pueden ser instituciones sin fines de lucro o empresas comerciales, y en nuestro país se han perfilado tres formas definidas de estos *prepagos*.

- a) Los denominados *prepagos gremiales*, que son sistemas de seguro médico que han organizado las entidades médico-gremiales y que en alguna oportunidad fueron definidos por una Federación Médica Provincial, como

...un accionar institucional instrumentado como respuesta creativa a una realidad sanitaria anárquica y distorsionada en el sector, agravada por el creciente avance de la medicina lucrativa en todo el ámbito provincial. (Femeba, 1978)

- b) Las organizaciones comerciales de seguros médicos privados que venden seguros con el único propósito de obtener ganancias.

En estas organizaciones los capitales pueden provenir del sector médico o extra-médico, o de la combinación de ambos. En los últimos tiempos se han vinculado, a las más importantes empresas de prepago, los sectores económicos que provienen de compañías de seguro, entidades financieras y bancarias y aun otras empresas comerciales.

En gran medida estos prepagos intervienen como intermediarios entre los asegurados y los prestadores de servicios. Recaudan los ingresos por el cumplimiento estricto del pago de las cuotas por los asegurados y ordenan, coordinan —cuando lo hacen— los componentes de la oferta. Su objetivo consiste en obtener ganancias, no en preocuparse por elevar la calidad de las prestaciones que se demandan o por la salud de los demandantes.

- c) Las organizaciones médicas que poseen capacidad instalada propia y que han creado su propio sistema de prepago.

Se trata en general de empresas médicas de gran capacidad instalada, con alta complejidad tecnológica y estudiada expresión del confort y presentación en sus servicios, que obtienen de esa forma un alto rendimiento de su capital instrumental.

Tanto en nuestro país como en los demás lugares del mundo donde se ha desarrollado este tipo de seguro médico, sus organizadores han salido a conquistar grandes sectores de población que quedaron excluidos de los seguros gubernamentales o que inclusive por altos costos de la atención médica han quedado marginados del consumo masivo de las prestaciones, aunque pudieran pertenecer a sectores de mayores recursos que los amparados por los seguros públicos.

Se entendió claramente la perspectiva que ofrecían estas circunstancias, aisladas o combinadas, y alentando su consumo por inteligentes fórmulas publicitarias consiguen incorporar en esa población la necesidad de solventar sus requerimientos sanitarios, con esfuerzos mensuales que seguramente serán en lo individual mucho

menos penosos que aquellos otros que se requieren ante el gran infortunio de la enfermedad grave.

De esta manera, se incorpora al mercado de la salud una importante cantidad de consumidores que cumplen el principio básico de esta sociedad de consumo, al tiempo que ensanchan la capacidad productiva del sector y con él la lógica consecuencia de la expansión de las ganancias de sus propietarios. Y todo esto, aunque nadie o casi nadie, en estas conquistas materiales que posibilita el prepago, se haya interesado hondamente en el destino y el nivel de la atención médica que se brinda ni en la salud de la población que los sostiene. Se trata de otra cosa: de ampliar la ganancia o de lograr el pleno acceso de profesionales y servicios al mercado de la salud.

De una o de otra forma, estos seguros médicos privados son también la respuesta de la sociedad competitiva para una parte del consumo que en buena medida generan los instrumentos productivos que también impulsan los *prepagos*.

El desarrollo mayor de estos sistemas de seguros privados se ha producido en EEUU y tiende en estos momentos a una acelerada expansión en muchos otros países occidentales, entre los cuales también aparece la República Argentina.

En EEUU el sistema no lucrativo está representado por Blue Cross y Blue Shield, mientras que el seguro comercial con fines de lucro está ejercido por alrededor de 1.000 empresas privadas que ofrecen pólizas de diferentes calidades y alcances de cobertura.

Se estima que, al finalizar la década de 1970, casi el 80% de los estadounidenses tenía alguna póliza de seguro privado.

En términos generales, es frecuente que la cobertura ofrecida por los diferentes sistemas en vigencia en dicho país sea solo una cobertura parcial con relación a los problemas de salud que pudiera sufrir el asegurado.

Así, por ejemplo, los asegurados en Blue Cross cubren sus gastos de internación exclusivamente. En cambio, las pólizas de Blue Shield garantizan los gastos que se hayan producido con motivo de la demanda de atención ambulatoria.

Como decíamos, las compañías de seguros comerciales son actualmente en EEUU alrededor de 1.000 empresas, con cerca de 120 millones de suscriptores de alguna póliza comercial y con ingresos de prima que ya deben haber pasado los 15 billones de dólares. Este volumen de ingresos anuales por primas en el seguro comercial ya ha sobrepasado al de Blue Cross y Blue Shield, aunque por separado la Blue Cross resulta la organización líder en el mercado estadounidense del seguro médico.

Las diez empresas privadas de mayor significación en el país del Norte son: Aetna, Metropolitan Life, Equitable, Provident, John Hancock, Travelers, Prudential, CAN, Mutual of Omaha y Connecticut General.

El negocio del seguro médico privado está estrechamente ligado con los más poderosos bancos americanos y empresas productivas de dicho país. Así, por ejemplo, la Metropolitan Life y la Equitable están controladas e influidas por los intereses de la familia Rockefeller, también unida al Chase Manhattan Bank, la Standard Oil, la Mobil Oil, IBM y otras poderosas empresas. La Prudential gira en la órbita del imperio Margan, representado, entre otras, por el Bankers Trust, Morgan Guarantee Trust, la General Electric, la U.S. Steel y otras muchas más.

Asimismo, reiteradamente se ha denunciado y también demostrado en EEUU la relación de intereses que unen a los aseguradores médicos privados, con y sin fines de lucro, con los proveedores de bienes y servicios de la atención médica. Allí se han mostrado frecuentes maniobras fraudulentas de significativo volumen que, como síntesis, hacen pensar que el sistema está produciendo un 30% de internaciones superiores a las necesarias, con el agravante de que se realizan cada año dos millones de operaciones quirúrgicas innecesarias, amparadas por este sistema de cobertura financiera.

De todas formas, es casi unánime en EEUU atribuirle buena parte de la responsabilidad de los altos costos hospitalarios y de la atención médica a estos seguros médicos privados que, actuando como financiadores de las prestaciones, impulsaron exageradamente tales costos. Esos aumentos están ahogando gran parte del esfuerzo público para brindar más y mejor atención médica.

No hay que olvidarse de que, como dice el director de Planificación de la Salud del Centro Médico de la Universidad de Chicago, “la industria hospitalaria en EEUU es un gran negocio y que durante 1978 más de 7.000 hospitales emplearon a 3,2 millones de personas y gastaron más de 71 billones de dólares” (Goldsmith, 1980, pp. 100-112), con sus altos costos incluidos. Por eso es que los seguros de salud han anestesiado el consumo y posibilitado que los costos hospitalarios asciendan constantemente. “Estos costos han seguido una tendencia hiperinflacionaria” (Goldsmith, 1980, pp. 100-112)

Por otra parte, resulta fácil comprender la controversia que se plantea entre quienes buscan otorgar más y mejores facilidades de atención médica para los estadounidenses y las empresas de seguros médicos cuyo objetivo claro y exclusivo está centrado en obtener mayores ganancias en sus negocios con la salud.

Los costos son una resultante de tales contradicciones, pero esta circunstancia no altera en grado especial a esas empresas lucrativas.

Ellas se encuentran entrelazadas, unidas por millones de acontecimientos económico-financieros, acuerdos, convenios, participaciones, con los proveedores de bienes y servicios. A veces son ellas mismas con otros nombres, otras razones financieras, las que aseguran a la población y, por otro lado, brindan el equipo, los instrumentos, los medicamentos, los hospitales, en fin, la tecnología de la atención médica.

Con sus empresas aseguradoras reclutan al ciudadano que constituirá la base de sus operaciones de organización y estímulo de la demanda, y, por el otro lado, como proveedores o ligados con otras firmas a las que las vinculan íntimos lazos comerciales, financieros, económicos, desarrollan y aceleran la provisión de toda la tecnología de la salud, jerarquizando la oferta de bienes y servicios, que, como parte de la producción, genera y acrecienta los niveles de la demanda. Así, los costos son trasladados a las primas y cuotas y se cierra el círculo de la transferencia de recursos, precisamente a su favor y al de las empresas con las cuales están unidas o vinculadas económicamente.

No podía ser de otra forma en la sociedad capitalista. Por eso los intereses de los banqueros, los financistas, los fabricantes de acero, petrolero, generadores de electricidad, de la informática, de la tecnología electrónica, etc., están claramente unidos

con el negocio de la salud. También la salud es parte del gran negocio de la sociedad de consumo.

Debemos ocuparnos en este momento de una forma especial del prepago médico, que se ha desarrollado en EEUU y que allí recibe el nombre de Health Maintenance Organizations (HMO), cuya traducción es Organización para el Mantenimiento de la Salud.

En realidad, como veremos a continuación, tanto por la población que cubre sus planes como por la lenta expansión de su difusión, este no debería ser un sistema al cual dedicarle muchas consideraciones y explicaciones. Solo debe hacérselas por algunos de los conceptos que involucra la filosofía con la cual se lo puso en marcha y se intenta lograr su crecimiento, así como por el favor intelectual que le dispuso buena parte de la denominada medicina progresista de EEUU.

Se dice que sus antecedentes iniciales están en la Clínica Roos-Loos de Los Ángeles, donde comenzaron a ofrecerse servicios de atención médica practicados por grupos profesionales a cambio de una afiliación por una cuota mensual fija.

En diciembre de 1973 se dicta la Ley 93212 y en octubre de 1976 la Ley 94460. Por la primera, denominada Ley de los IMO, de 1973, el Gobierno Federal apoya el desarrollo de los estudios tendientes a implantar estos sistemas de prepago no lucrativos en el territorio de EEUU. Por la segunda, denominada HMO-Enmienda de 1976, se califica a los HMO, se los libera de ciertos controles y de cargas impositivas y se incrementa la asistencia financiera que el Estado se compromete a brindar a estos programas. Ambas leyes definen una actitud del gobierno estadounidense en la década de 1970 para esta tendencia del seguro médico que no parece persistir en la década de 1980.

La definición genérica puede ser la clásicamente conocida que dice que los HMO son organizaciones de atención médica capaces de suministrar un conjunto total de servicios médicos a una población definida, enrolada mediante un pago fijado previamente, en forma anual, y ejecutada según el sistema de práctica de grupos profesionales (García Díez, 1973, p. 57).

La división de HMO del departamento de Salud de EEUU expresa que estas organizaciones proveen servicios médicos, ambulatorios y de internación, emergencias médicas, servicios breves de salud mental, tratamiento médico y otros referidos a la drogadicción y el alcoholismo, estudios de diagnósticos de laboratorio y radiología, servicios de salud domiciliaria y de medicina preventiva.

Pueden, además, ofrecer adicionalmente servicios de cuidados intermedios y prolongados, servicios oftalmológicos, odontológicos y de salud mental (Division of Health Maintenance Organizations, 1977).

Los médicos actúan conforme el criterio de práctica médica de grupo, con la idea de centro médico, interrelacionado para las interconsultas necesarias y la discusión de los casos. Pueden ser médicos propios de los HMO, en su casi totalidad remunerados por capitación, médicos propios y otros profesionales especiales, estos últimos remunerados por capitación o salarios, y finalmente médicos propios (HMO) y médicos privados que forman parte del sistema denominado Individual Practice Association (IPA), que trabajan en sus propios consultorios y que la organización (IPA) generalmente remunera por acto médico.

Como ya habíamos expresado, este tipo de prepago médico no ha alcanzado gran dimensión en EEUU a pesar del impulso que pudieron significar las leyes gubernamentales que señalamos y que decidieron el apoyo oficial a sus planes y objetivos.

En 1977 el total de estadounidenses incluidos en los HMO llegó a 6.330.676, distribuidos de la siguiente forma según el tamaño de los grupos (Group Health Association of America, 1978).

Tamaño de los <i>health maintenance organizations</i> (HMO)	Nº de planes	Miembros
Todos los HMO	165	6.330.676
1 – 4.999	55	126.593
5.000 – 14.999	53	463.700
15.000 – 24.999	18	364.545
25.000 – 49.999	13	414.708
50.000 – 99.999	4	307.718
100.000 – 99.999	11	4.495.271
Sin información	11	158.141

Debemos establecer dos detalles de interés para con estas cifras. El primero muestra que en el último año del censo, al establecer el número de nuevos planes HMO que se incorporaron al sistema, se llega a un número de 16 planes, que suman en total 27.227 asegurados.

El segundo detalle es el que refiere que casi el 50% de los estadounidenses afiliados a los HMO pertenecen al Kaiser-Permanent Medical Care Program, que opera en seis regiones geográficas; aquí se puede ver el año de creación, el número inicial de asegurados y el número actual de ellos (Central Office Public Affairs Department Kaiser Center, 1977, pp. 12-62).

Región	Año de creación	Nº inicial de beneficiarios	Beneficiarios 1977
California Norte	1950	120.000	1.336.518
California Sur	1950	20.000	1.279.782
Oregón	1950	14.000	198.280
Hawái	1958	6.000	104.785
Ohio	1968	32.500	104.170
Colorado	1969	2.808	75.952

Si realizamos el cálculo del crecimiento anual de cada HMO de Kaiser, nos encontramos que los de California han crecido a razón de 46.658 afiliados por año en el Sur y 30.241 en California Norte. En tanto que en los cuatro HMO restantes del Kaiser Permanent Program, el aumento de beneficiarios asegurados por dicho plan no llega a 10.000 por año. Oregón, 6.826; Hawaii, 5.199; Ohio, 7.963, y Colorado, 9.143.

Como se ve, la expansión del sistema es lenta y no se la advierte hasta el momento del análisis como una solución masiva para la crisis de la atención médica de EEUU.

Tal vez no sea ajeno a la escasa expansión de los HMO el costo para sus beneficiarios. En 1979 el Plan de Salud de la Comunidad de Harvard (Boston) costaba 47 dólares por persona/mes o 116 dólares por familia, pero esta cuota “puede ser demasiado alta para que la mayoría de los pacientes potenciales puedan afrontarla” (Time, s/f, pp. 32-39).

En cuanto a sus costos, globalmente podrían ser de menor dimensión que los producidos por otros sistemas, pero sin embargo Carnoy decía en 1973 que al menos los costos del Medical Care Program de Kaiser Foundation ya ascendían a un promedio más rápido que el Índice de Precios al Consumidor para la atención médica (Carnoy, 1973).

Asimismo, elementalmente los costos deberán ser observados teniendo en cuenta el número y la calidad de las prestaciones brindadas.

En los HMO, por la esencia del programa en marcha, no aparece la internación como una de las tasas de comparación con otros sistemas, dado que, si es cierto que la operatividad del grupo profesional se basa en la medicina preventiva, las tasas de admisión hospitalaria deben ser sensiblemente más bajas que en los demás programas de atención médica.

Esto es así en la casi totalidad de las comparaciones efectuadas entre la utilización hospitalaria de los HMO y los demás sistemas, aunque en tasas mucho menores que las esperadas. Así, se puede ofrecer este análisis comparativo entre el HMO de Rochester, Nueva York y la población menor de 62 años del Blue Cross, residentes en Rochester y Monroe Country, en cuanto a sus tasas de admisión hospitalaria.

Servicio	Blue Cross 1972	HMO Rochester		
		1974	1975	1976
Total	96,7	99,4	86,4	93,1
Clínica Méd.	24,8	13,9	12,2	11,9
Cirugía	49,6	38,4	30,8	30,4
Obstetricia	12,1	20,8	19,3	23,5
Pediatría	7,0	21,2	20,7	24,8
Psiquiatría	3,2	5,1	3,4	2,5

Aquí se ve que la tasa de admisión era aún superior en 1974 en el HMO de Rochester que en el Sistema de Blue Cross, aunque la comparación obedece a períodos diferentes, dado que para Blue Cross era la última disponible al instante de este estudio, sustancialmente a expensas de la alta utilización por obstetricia y pediatria. Después decrece la tasa general y el HMO muestra entonces menor nivel de internaciones, que fundamentalmente se obtiene por las diferencias con las internaciones clínicas y quirúrgicas, porque las pediátricas y obstétricas siguen siendo superiores en el HMO (Wersinger & Roerts, 1977, pp. 31-33).

En cambio, y también como en las demás comparaciones de otros HMO con otros sistemas, la tasa de utilización referida a días/cama por 1.000 personas/año establece una mayor disminución para los HMO (Wersinger & Roerts, 1977, p. 32) con relación a otros sistemas. Así es para Rochester:

Servicio	Blue Cross	HMO Rochester		
	1972	1974	1975	1976
Total	659,7	589,1	458,9	417,3
Clínica Médica	219,5	107,5	82,0	68,7
Cirugía	292,9	213,9	180,0	161,4
Obstetricia	41,3	76,7	66,7	72,6
Pediatria	32,5	98,9	74,7	80,5
Psiquiatria	73,5	92,1	55,4	34,1

También los análisis realizados como grupos de población, antes y después de ingresar en los HMO, repiten estas tendencias. Las tasas de admisión para dos grupos de 0-64 años son las siguientes: antes de ingresar a los HMO utilizaban a los 22 meses una tasa de admisión de 109 por mil a filiados por año; 115 en los 18 meses y 124 en los 12 meses. Después de ingresar a los HMO esas tasas bajaron a 76 por mil a los 22 y 18 meses y a 69 por mil en los 12 meses (Fuller *et al.*, 1975).

También en estos casos las diferencias se establecen en base a las admisiones de clínica y cirugía cuyas tasas por mil alcanzan estos valores:

Admisiones	Antes (meses)			Después (meses)		
	22	18	12	22	18	12
Cirugía	32,8	34,3	31,6	20,1	18,4	17,8
Clínica médica	34,4	37,2	44,8	21,5	17,5	14,9

La tasa de días de internación por 1.000 afiliados es en 1977 para todos los planes de HMO de 488, con discretas variaciones (Central Office Public Affairs Department Kaiser Center, 1977; Health Policy Advisory Council, 1973; Luft, 1981).

Tamaño de los HMO	Días de internación por 1.000 beneficiarios
Todos los HMO	488
1 – 4.999	546
5.000 – 14.999	529
15.000 – 24.999	462
25.000 – 49.999	510
50.000 – 99.999	470
100.000 y más	484

Como se ve, aun cuando estos estudios pueden justificar la preocupación de otros analistas de los HMO, en el sentido que el sistema podría ofrecer una peligrosa tendencia a la subprestación de bienes y servicios, en cuanto se refiere a las tasas de utilización hospitalaria estos valores de la tabla precedente podrían encontrar explicación, como lo hemos dicho, si se cumple toda la tarea preventiva y de contactos del sistema con los beneficiarios, que presupone la naturaleza y esencia teórica de estos programas.

Sin embargo, la situación no parece ser así. A punto de partida de la información brindada por el Estudio Censal de los HMO para 1977, hemos agrupado a todas las organizaciones que presentaron datos con referencia al número de consultas médicas por asegurado/año y se ha elaborado esta tabla:

Consultas médicas por Beneficiario/Año	HMO		Beneficiarios		% Acumulado
	n	%	n	%	
1 – 2	5	4,2	43.165	0,7	0,7
2,1 – 3	19	16,0	511.673	8,7	9,3
3.1 – 4	45	37,8	3.801.468	65,2	73,3
4,1 – 5	33	27,7	1.372.720	23,5	96,5
5,1 – 6	14	11,8	78.897	1,3	99,4
6 y más	3	2,5	37.734	0,6	100,0
Total	119	100,0	5.845.657	100,0	

Así, entonces, el 73,3% del total de los beneficiarios recibe menos de cuatro consultas médicas por año y solo el 1,90% llega a cinco y más consultas. El promedio general de utilización de consultas médicas por beneficiario y por año es de 3,8 (Group Health Association of America, 1978), que da razón cuantitativa a quienes piensan en la subprestación de los HMO e imputan tal circunstancia a su organización, especialmente a la forma de retribución al profesional, que vuelve a aparecer como uno de los mecanismos esenciales en la obtención de la atención médica.

Queda en definitiva una última esperanza para ver modificadas esas apreciaciones de subprestación de los HMO, especialmente sostenida por sus enunciados teóricos, en cuanto aparecen como programas elaborados para dar respuesta proyectiva a un mejoramiento de la calidad médica sin producir grandes transformaciones en el sistema. Esa esperanza se ha refugiado en la tarea que pueda realizarse a punto de partida de las prestaciones que pueda brindar el personal paramédico, que también compone el grupo profesional que le da sustento operativo a los HMO. Esa esperanza también se derrumba cuando se analiza la composición de la consulta ambulatoria de estas organizaciones.

Hemos elegido como ejemplo de tal comportamiento el producido en 1976 en dos HMO diferentes, pero representativos del sistema (Wersinger & Roberts, 1977; Community Health Center Plan, 1977). Esta estructura de la consulta ambulatoria no permite corregir el nivel cuantitativo de la prestación y, antes por el contrario, se suma a la subprestación que señalábamos en los egresos, que no encuentran en dicha asistencia ambulatoria el reparo que podría esperarse para compensar sus bajas tasas de internación. En suma, los HMO aparecen como un sistema de clara subprestación general (ambulatoria y de internación), con una

Consultas médicas	HMO Tennessee Valley Group	HMO New Haven
Medicina interna	1,31	1,47
Cirugía	0,23	0,07
Radiología	0,04	-
Pediatría	0,77	0,88
Obstet. Ginecol.	0,45	0,27
Psiquiatría	0,01	0,01
Oftalmología	0,02	0,06
Alergia	0,01	-
Neurología	0,01	0,01
Ortopedia	-	0,09
Dermatología	-	0,14
Otras	0,04	0,05
Total	2,90	3,05
Consultas no médicas		
Pedicuría	-	0,07
Optometría	0,35	0,29
Fisioterapia	-	0,15
Enfermería Pediátr.	0,23	0,16
Otra Enfermería	0,57	0,40
Salud Mental	0,08	0,15
Asistentes médicos	0,31	0,71
Inyecciones	0,53	-
Otros	0,22	0,08
Total	2,29	2,01
Consultas totales	5,19	5,06

desalentadora composición cualitativa, al menos en la consulta y a través del estudio posible que permiten sus propias estadísticas.

Bajo estas consideraciones, poca es la esperanza que aún puede depositarse en los HMO para el mejoramiento sustancial de la atención médica. También este proyecto de cualificación teórica de la atención está siendo barrido por las contradicciones que generan las implicancias económicas que envuelve su quehacer.

Una vez más, la verdad sobre esta fórmula de organización de la atención de la salud está en otra parte y no resulta difícil interpretar la implantación y desarrollo de los HMO como una nueva operación del sector dentro de la sociedad competitiva y de consumo, tendiente a distraer o desviar engañosamente los esfuerzos que corresponden realizar para una auténtica modificación de la atención de la salud.

Seguro médico privado en la Argentina

Como ya hemos dicho, también en nuestro país se ha producido en los últimos veinte años una importante expansión de los seguros médicos privados, tanto en la órbita de las organizaciones comerciales que intermedian en el mercado de la salud con capacidad instalada propia o sin ella como en los denominados *prepagos gremiales* que obedecen a la dirección y organización de las entidades médico-gremiales.

Estos últimos han salido a competir con los prepagos comerciales, ante la expansión indiscutida de esta modalidad del mercado de la salud, especialmente alentados por la experiencia que les proporciona la atención del sistema de las obras sociales.

Cuentan con el recurso humano profesional, al que incorporan en su totalidad en el área geográfica donde ofrecen su servicio para este seguro médico. No tienen en ningún caso capacidad instalada para poder brindar las acciones auxiliares de diagnóstico y tratamiento realizadas por otros profesionales. Contratan sus servicios y pueden ofrecer, así, un espectro muy amplio de tales prestaciones.

En la defensa del principio de la libre elección y en el sostenimiento de la retribución por acto profesional, el prepago gremial presenta algunas características que se consustancian con dichos principios.

Si bien es cierto que en todos los casos estos prepagos gremiales son enunciados como organizaciones sin fines de lucro, su desarrollo y crecimiento está siendo comprometido por la esencia competitiva de ellos, dado que al contener en su funcionamiento la inevitable condición de las sobreprestaciones, los requerimientos para la obtención de mayores ingresos económicos y la limitación de los egresos se están tornando muy difíciles y complejos.

Están entrando claramente en colisión esos enunciados teóricos de sistemas sin fines de lucro y la esencia comercial de ellos. Solo se produce un desplazamiento del grupo receptor del lucro.

El organismo máximo gremial médico argentino ha expresado en junio de 1970 (COMRA) que ratifica la doctrina de la Confederación Médica resultante de

las conclusiones del Congreso de Medicina de Prepago realizado en Tucumán en septiembre de 1966, que expresaba que tales sistemas deberán ser prestados por las entidades médico-gremiales, bajo su contralor directo y permanente, y en ningún caso podrá tener fines de lucro y sus estatutos defenderán expresamente: a) la libre elección del médico; b) la libre adhesión de los profesionales; c) la libertad de prescripción; d) la libre elección de servicios asistenciales; e) el respeto del secreto médico, y f) el establecimiento de un sistema de auditoría médica, sancionando claramente que la retribución del trabajo médico deberá ser arancelada por cada acto médico.

El sistema de pago por acto médico ha mostrado en la realidad, tanto en este campo de los *prepagos gremiales* como en los otros en que se encuentra en funcionamiento, que su destino final se encuentra casi indisolublemente unido a la sobreprestación de las prácticas y actividades de atención médica, cuando no, también enlazado con una frecuente tendencia al crecimiento fraudulento de dichas actividades. Estos dos aspectos, las sobreprestaciones o el crecimiento operativo de los recursos y posibilidades de la oferta, y la inocultable expansión de dichos servicios de la oferta en forma claramente fraudulenta por parte de sus prestadores, está siendo padecido, no solamente por los sistemas de la seguridad social representados por las obras sociales, sino también por los seguros de prepago, tanto comerciales y privados, como estos *prepagos gremiales* que las entidades profesionales describen como sistemas sin fines de lucro.

En realidad, en esencia comercial y por los juegos de la oferta y la demanda, el pago por acto médico que preconizan para estas organizaciones del seguro en manos de los gremios médicos, con sus desviaciones casi ineludibles de sobreprestaciones y fraudes, desplazan la exacta idea de la obtención del lucro, del organismo gremial, al profesional ejecutante de la prestación.

Al estudiar las realidades concretas de los prepagos gremiales, puede aceptarse que los organismos gremiales que los propician, organizan y supervisan permanecen ajenos a la obtención de lucro a su favor. Pero esa realidad muestra que solo se ha producido un desplazamiento del promotor y el receptor del lucro. Ese desplazamiento llega entonces al ejecutor de las prestaciones, a los dueños de la capacidad instalada y a los productores de la tecnología sanitaria, incluyendo los medicamentos. Los organismos gremiales no intervienen en el lucro, pero, como han organizado un sistema que está basado en la competencia, sostenido en los más caros principios de la medicina liberal, han puesto esos esfuerzos de organización para que sean sus integrantes, los profesionales y las entidades comerciales que los unen (clínicas y sanatorios, grupos especializados, poseedores de tecnología, etc.), junto con los grupos económicos que en el área sanitaria conviven y aun expanden la idea de la medicina liberal, los que obtengan el lucro que el sistema de prepago gremial puede brindar.

El desplazamiento de la recepción del lucro en estos sistemas no evita su búsqueda. El lucro es la consecuencia de la estructura en la que se inserta el prepago gremial y de los conceptos doctrinarios que le dan su esencia y funcionamiento.

Los médicos, que son sus efectores, están mostrando en la realidad que han permitido calibrar los últimos años de la década de 1970 y los primeros de la de 1980,

que la expansión de las prestaciones por el camino de la sobrestación cuasilegal y del fraude ilegal son partes inexorables del sistema que han impuesto en los prepagos gremiales y que precisamente por ese camino es por donde transita buena parte del lucro que estos prepagos están representando para sus actores.

Es conveniente reparar, entonces, en la falacia de su calificación de sistema sin fines de lucro. Este desplazamiento también favorece a clínicas, sanatorios, productores de tecnología, medicamentos. etc.

Las entidades gremiales médicas comienzan a enfrentarse con los resultados de estas tendencias y con la expansión de las prestaciones en el seno de los prepagos que han organizado. Se encuentran, entonces, con la contradicción evidente de su condición de asociaciones que están ejercitando una función que al menos exige equilibrio entre los ingresos y los egresos y una realidad de expansión casi incontrolable de las prestaciones que realizan sus profesionales, que están imposibilitando ese equilibrio.

Lo cierto es que, en ambos casos, para la obtención de sus ingresos y para la regulación de los egresos, su competencia se ejerce sobre sus propios colegas, y entonces, al asumir el papel de entidad reguladora de estos negocios o al menos financiadora de esta forma de atención médica, se ve arrastrada al manejo de una típica situación de competencia comercial.

En esta contradicción se debate en estos tiempos el prepago gremial. No ha deseado convertirse en una asociación destinada a obtener lucro, pero se ve compelida a disputarle el terreno del comercio de la salud a los seguros privados, y para tal competencia, ya colocada en el terreno de la disputa de la demanda, tiene lógicamente que aceptar las reglas del juego del negocio de la atención de la salud.

En esas condiciones las entidades gremiales médicas viven hoy la enorme significación que alcanza el sistema económico-financiero para las prestaciones de salud y especialmente el papel destacado que cumple el sistema de retribución a los profesionales y el consiguiente incremento incesante del costo de la atención.

Estos prepagos gremiales médicos no han podido eludir los inconvenientes insertos en el sistema de atención médica competitivo, que, aun sin proponerse fines de lucro, para subsistir requiere un equilibrio que su funcionalidad y estructura comercial no le pueden otorgar.

En nuestro país, estos prepagos gremiales médicos no han producido cambios en el sistema de atención médica; antes por el contrario han acentuado los inconvenientes, las dificultades, los errores y aun los fraudes que constituyen la esencia de la medicina competitiva.

No podría ser de otra forma. Ingresaron al terreno de la libre oferta y demanda de la salud, y, aunque el sistema lo organizaran los médicos, también funciona en ese clima de competencia y exclusivo requerimiento de subsistencia, tanto del sistema como de sus componentes.

Justamente por eso es que ningún sistema de prepago gremial se ha enfocado en la atención integral de la salud. Solo se ha preocupado por las prestaciones que exige la atención de la demanda espontánea, y aun con el agravante de que, para lograr

satisfacción para tal demanda, se requiere un respaldo económico, que por lo menos tiene el costo de la prima que establece dicho seguro.

Los seguros médicos gremiales que la profesión médica ha puesto en marcha en nuestro país están pensados y organizados para resolver el problema de la oferta, de sus propios integrantes. Restarle todo el caudal posible de clientes a los otros seguros de la atención médica y conseguir, cuando más, el crecimiento sectorial de los integrantes o prestadores.

Es necesario reafirmarlo con intensidad. Estos prepagos gremiales médicos han nacido y crecido en la sociedad competitiva y son parte de ella. Por eso tienen poco o ningún interés serio, hondo, en la auténtica necesidad de salud de la población. En todo caso, estos prepagos gremiales fueron organizados como fuentes recaudadoras o financiadoras de la atención médica; nunca, en ningún caso, como programa de atención de la salud.

Pero es conveniente señalar que nadie ha resultado engañado. También las organizaciones médicas nacionales pertenecen a nuestra sociedad, participan de nuestra idiosincrasia y sus componentes fueron formados en escuelas de Medicina que alientan básicamente el compromiso de no modificar el régimen social existente. Por eso surgen estas formulaciones sectoriales que ni por equivocación piensan en los requerimientos globales de nuestra sociedad.

Una vez más, y aunque en este caso sea más doloroso porque sus organizadores y beneficiarios son los médicos, puede afirmarse que este prepago gremial fortalece y refuerza el esquema dominante de las prestaciones médicas del país. Además, proponiéndoselo o sin proponérselo, las organizaciones médicas gremiales que propician tales seguros se han asociado a los grupos que controlan los sistemas productivos para demorar, porque parece inexorable el derrumbe del sistema de atención médica actual por carencia del poder adquisitivo de nuestra población y por la insoslayable incompetencia con los requerimientos prospectivos de la misma. Esta es su responsabilidad, frenar el surgimiento de un justo y coherente sistema de atención de la salud de toda la población, solo para lograr su exclusivo y minúsculo mantenimiento o expansión, una responsabilidad histórica que la clase médica argentina sigue sin asumir, al menos en sus grupos dirigentes.

En cuanto al *seguro médico privado* —o prepago médico, en nuestro país—, al igual que los prepagos gremiales, tienen, como los HMO de EEUU, relativa significación cuantitativa, vale decir en lo referente al volumen de beneficiarios que han elegido esta vía para las previsiones con relación a su salud. Sin embargo, y también como los HMO, se trata de una tendencia del mercado que merece ser conocida, aunque más no sea para detectar su filosofía, sus proyecciones y en definitiva para reconocer con su auge un nuevo rumbo claro de la medicina competitiva.

Los sostenedores de este movimiento de sistemas privados de medicina asistencial en nuestro medio señalan que debe reconocerse entre las siguientes razones y/o justificaciones que los impulsan a invadir el mercado:

- a) El mercado de la atención médica está en expansión en todo el mundo. Esto puede evidenciarse simplemente si se recuerda, por ejemplo, la participación

del gasto en salud, con referencia al PBN entre países de alto desarrollo en la última década. Estas son sus cifras porcentuales:

País	1970	1980
EEUU	5,9	9,1
Alemania	6,0	12,3
Suecia	5,8	11,5

b) Esa expansión tiene algunas características que la hacen muy peculiar.

En primer término, parecería no existir freno posible para el incremento de los costos de la atención, con referencia al desarrollo de la tecnología y al aumento de complejidad de la oferta.

En segundo lugar, es evidente que la población, impulsada por mecanismos que no siempre le son propios, aparece cada vez como más consumidora.

En tercer término, esta expansión del mercado y del consumo, junto con el costo, exige algunas condiciones de previsión para las necesidades de la atención médica, que se expresan por la disminución de pacientes privados y el lógico requerimiento y apetencia por sistemas de seguros médicos.

c) Con un mercado en expansión y con los requerimientos de algún tipo de previsión para hacer frente al riesgo de enfermar, es lógico concebir empresas sólidas y dinámicas que deseen responder a este negocio.

d) Como empresa comercial, y aunque se dedique a la salud, resulta legítimo que, al cubrir una necesidad y satisfacer una demanda, busque una ganancia. El lucro es aquí legítimo, dicen los directivos de estos sistemas médicos de prepago, porque la empresa funciona como entidad productora, contribuye a resolver requerimientos de la población y es, a su vez, generadora de riqueza al contribuir a acrecentar las necesidades de mayores empleos y recursos humanos en la comunidad.

Asimismo, como componente del aparato productivo, sus aspiraciones al lucro deben observarse como una expresión de su capacidad y eficiencia, así como el corolario por el riesgo e incertidumbre empresaria, puesta de manifiesto para su creación, siguen diciendo sus directivos.

El propósito de la empresa del prepago médico en este negocio, repiten sus sostenedores, es fabricar o producir servicios. Tienen a la salud como objeto de lucro, porque lo que venden es salud y por ello este servicio debe brindarles ganancias, desde que tal desarrollo debe ser atribuido “al esfuerzo y la capacidad de hombres de empresa” (Mercado, s/f, pp. 33-37).

Para certificar que son empresas de lucro propias de la medicina competitiva, resulta interesante saber que en la Capital Federal y sus alrededores existen, en el final de 1980, 128 sistemas de propago que aseguran a cerca de dos millones de

personas su riesgo de enfermar, y que estas empresas de propago lógicamente deben obtener ganancias para seguir operando y aun para seguir expandiéndose.

Si fueran ciertas las aproximaciones que señalaban dirigentes de estas empresas, en cuanto al margen de ganancias, al indicar que un prepago que logre afiliarse a 3.000 grupos familiares ya podrá obtener entre un 10 y un 20% de ganancias sobre el total del ingreso de las primas de seguro, puede pensarse que este negocio en la Capital Federal y sus alrededores debe sobrepasar los 150 millones de dólares de ganancia anual, realizando los cálculos sobre las apreciaciones de mínima.

De todas formas, resulta casi imposible en estos momentos conocer con certeza estas cifras en nuestro medio porque todo aquello que tiene que ver con el negocio privado de la salud está sumergido en un misterioso silencio que seguramente es también un signo de la dimensión de dicho negocio y del nivel sorprendente del lucro que es factible obtener.

En lo referente a la propiedad de estos prepagos, pueden reconocerse varias alternativas:

- 1) Capitales de médicos o de grupos médicos. Han organizado la oferta de servicios, sin contar con capacidad instalada propia. Pueden mencionarse, entre ellos, Galeno, Previsión Médica S.A.C., Cruz Azul, etc.
- 2) Empresas médicas con capacidad instalada propia. Se trata de grandes o medianos sanatorios, con inversiones de capital en tecnología de alta complejidad y recursos médicos, generalmente retribuidos con bajos salarios o, por lo menos, menores a los que correspondería al nivel de sus ingresos por primas de seguro. Pueden mencionarse, entre ellos: el CIM, Centro Integral Médico del Sanatorio Güemes; Promas, del Sanatorio Charcas; AMSA, Asistencia Médico Social Argentina; Sanatorio Mitre y Agote, etc.
- 3) Organizaciones con capitales extramédicos, especialmente provenientes del sector financiero y/o de la industria, bancos privados, compañías de seguros. Entre algunas de ellas pueden mencionarse: Medicus, Sistema Privado de Medicina Asistencial de la Agrícola Compañía de Seguros S.A.; Corplan, Compañía de Organización de Planes de Atención Médica S.A., referida a Corfin, Compañía Financiera de Concesionarios Fiat y Banco Hispano Corfin; Freermed S.A. de Servicios de la Compañía de Seguros Franco Argentina S.A.; Club Empresario, de la Compañía de Seguros S.A. "Industriales Unidos"; y Diagon, de Boris Garfunkel S.A.

Todos estos sistemas actúan según tres modelos de prestaciones:

- a) Sistema cerrado. Se trata de brindar las prestaciones conforme sus propios recursos de salud. Son sus propios médicos y sanatorios, y este esquema se puede denominar sistema cerrado y centralizado.
- b) También puede ofrecerse un sistema cerrado descentralizado que consiste en sus propios recursos, señalados en cartillas de profesionales del sistema y en varios efectores sanatoriales, previa y libremente adheridos.

- c) Sistemas abiertos. Son esquemas descentralizados con médicos y sanatorios elegidos libremente por el beneficiario del sistema.
- d) Sistemas mixtos. Combinan ambos modelos. Vale decir: los recursos propios y listados con la libertad de elección del profesional y el efector de internación.

La tendencia, en este aspecto, por parte de las empresas dedicadas al prepago médico, consiste en ofrecer una cartilla propia, desde el momento que el sistema cerrado ha sido experimentado como el de mejor rentabilidad económica.

Los sistemas abiertos funcionan con la fórmula de reintegros. Esta consiste en facilitarle al beneficiario el médico o sanatorio que él desee. Una vez producida la prestación, el beneficiario abona su costo y ulteriormente el seguro le reintegra dicho gasto o parte de él. De todas formas, es conveniente agregar que estos sistemas abiertos están operando en estos momentos con niveles económicos toques para las prestaciones requeridas por el beneficiario. Con esos niveles toques, los reintegros que se le efectivizan al afiliado al prepago resultan en casi todos los casos inferiores a los abonados por el paciente. De esta manera, el reintegro actúa como ticket moderador de la demanda.

Al operar así, los sistemas abiertos, que aparecen como los defensores extremos de la libre elección de médicos y establecimientos y reclutan con ello un importante caudal de clientela, especialmente entre los niveles económicamente más elevados, ponen freno al consumo excesivo y refirman su verdadero objetivo, que es el de obtener mayor lucro y no el de la defensa de tal atención médica de libre elección.

Los tres modelos de prestaciones que hemos referido tienen un alto porcentaje de intermediación, que es su característica y es precisamente en tales condiciones que se logran los mayores niveles de ganancias de estos sistemas.

Sirvan como ejemplo claro de este proceso de intermediación las situaciones que se están produciendo en las denominadas obras sociales de dirección de empresas, que están actuando como verdaderas entidades de prepago médico y que constituyen una nueva alternativa de tales empresas de salud.

Damos un ejemplo: la Obra Social de Ejecutivos (O.S.D.E.) afilia voluntariamente a directivos empresarios en diversos planes de cobertura. Según dichos planes, refiere dichos afiliados a otras entidades de prepago, como Corplan, Medicus, Galeno, para que sean ellos los encargados de ordenar los requerimientos de salud de los beneficiarios del sistema.

Estas empresas —Corplan, Medicus, Galeno— a su vez remiten a los pacientes a los efectores que tienen en sus cartillas o contratos, como ser Sanatorio Agote, Hospital Alemán, Sanatorio y Policlínico del Norte, Sanatorio Pequeña Compañía de María, Clínica del Sol, Hospital Británico, etc.

De tal manera, como queda señalado, en este caso se producen tres niveles de intermediación con costos y utilidades agregadas en cada circunstancia. Estos triples costos y utilidades que produjo tal intermediación salen de la prima que debe abonar el beneficiario, y, como es fácil deducir, nada tiene que ver con la calidad de la prestación demandada.

En los sistemas de prepagos las retribuciones a los profesionales reconocen toda forma posible. Así, se pueden ver profesionales a sueldo, médicos por honorarios, por acto profesional, sistemas por capitación, por cartera fija y la combinación de todas ellas.

El carácter de intermediadores que define especialmente a las organizaciones de propago que estudiamos las caracteriza a su vez como empresas comerciales que se apropian de una buena parte del trabajo profesional, cualquiera sea el sistema de retribución que utilicen. En esta apropiación indebida y en las subprestaciones para la atención médica se basan las apreciables ganancias anuales que obtienen, que además se ven acrecentadas por simples maniobras, como la de elevar constantemente sus cuotas de afiliación, los tickets moderadores o la utilización de sus recaudaciones, que no son destinadas en forma inmediata al pago de las prestaciones, y al ubicarlas en el circuito financiero les permite lograr elocuentes ganancias adicionales.

Aun cuando no existe una información exacta de las tasas de utilización de estos sistemas, las cifras parciales que pueden conocerse de algunos de ellos muestran una marcada subprestación de servicios, teniendo en cuenta los niveles de prestaciones en nuestro medio.

Las cifras disponibles muestran una tasa de egresos del orden 60-65 por mil y la tasa de consultas por persona/año no llega a 3,5.

Por otra parte, todas estas consideraciones que se han efectuado con respecto al objetivo último de los seguros médicos privados en nuestro país y que descansan básicamente en la obtención del mayor nivel de lucro posible tienen su correlato obligado en las restricciones a la demanda de servicios, resultando claramente explicables las condiciones de subprestación, que se asemejan a las de los otros sistemas de seguros privados del mundo que hemos mencionado.

También en este caso es conveniente recordar con plena claridad cómo los prepagos médicos no han reparado en la elevación de la calidad del acto profesional ni han basado sus objetivos en la obtención de la mejor atención de la salud. Ninguno de tales planes ha planteado la programación científica de la atención médica y en todos los casos se ha prescindido de una racional e integral atención, para circunscribirse en el mejor de los casos a una simple respuesta a la demanda espontánea de servicios.

Estos sistemas reúnen excelentes condiciones teóricas y prácticas para operar como empresas competitivas destinadas a obtener interesantes ganancias con el negocio de la salud. Pertenecen a esta sociedad del lucro y en consecuencia es comprensible que sus objetivos no tengan coincidencias con los objetivos de salud y bienestar que pretenda una comunidad organizada en un mundo sin injusticias y privaciones.

En otras palabras, los prepagos privados forman parte del sistema social competitivo y de lucro, y sus dueños, organizadores y dirigentes, sosteniendo e involucrados en la ideología de tal sociedad, refuerzan la injusta distribución que la relación de clases sociales de nuestra comunidad expresa constantemente.



Foto: Jura de Floreal Ferrara como ministro de Bienestar Social de la provincia de Buenos Aires, 1973. De izquierda a derecha, autoridades de la provincia de Buenos Aires: Antonio Cafiero, gobernador; Luis María Macaya, vicegobernador; Floreal Ferrara; Felipe Carlos Solá, ministro de Asuntos Agrarios; Rodolfo Frigeri, ministro de Economía, y Luis Pedro Brunati, ministro de Gobierno.

Fuente: Donación de su hijo, Pedro Ferrara, al Fondo Floreal Ferrara, Centro de Documentación Pensar en Salud (CeDoPS), Instituto de Salud Colectiva. <https://tinyurl.com/4trwmdz8>.

Capítulo 6

Accesibilidad administrativa

Corresponde ocuparnos ahora de la denominada accesibilidad administrativa a los sistemas de atención médica.

Aquella está referida a la facilidad con que la comunidad puede llegar a resolver sus requerimientos de atención de la salud, en cuanto a tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración de dichos servicios de salud.

La solicitud de esos requisitos por parte de la administración de los servicios de salud está íntimamente relacionada con sus características económicas y, de igual forma, el nivel de exigencias de la estructura administrativa para otorgar esos servicios depende de las condiciones financieras con las que se efectúan tales prestaciones.

Es así que en el denominado sistema privado de atención médica, donde cada demanda de prácticas y servicios profesionales se corresponde con el pago en dinero en efectivo, en el mismo acto la accesibilidad administrativa resulta casi sin interferencias o dificultades. En tales circunstancias, la obtención de los servicios demandados que han de ser pagados en el mismo instante como una simple y clara operación de compra-venta de mercancías suele resultar también simple e inmediata, sin que se interpongan ante su ejecución trabas o dificultades administrativas.

El acto profesional se identifica con el sistema de compra-venta y su ejecución resulta fácil y rápida, siempre que los componentes de la oferta y la demanda de tal mercadería hayan coincidido y aceptado el precio exigido por aquella y las condiciones de realización, así como de cumplimiento en cuanto a las reglas de pago.

De esta manera, la accesibilidad administrativa en el acto profesional de la medicina privada resulta en general óptima y, cuando más, solo puede presentar algunas interferencias de tiempo, de disponibilidad de recursos o de oportunidad para satisfacer los requerimientos de la demanda o de la operatividad de la oferta.

De cualquier forma, estas interferencias administrativas suelen ser obviadas fácilmente, sobre todo cuando el costo de dicha operación es elevado y quien requiere la prestación tiene posibilidades de cubrirlos de inmediato.

Ante el pago al contado del precio del servicio, si la mercancía existe, el sistema de medicina sostenido por el lucro no tendrá exigencias administrativas insalvables. Mejor dicho, no opondrá requisitos administrativos a cumplir. Todo será facilitado.

Sin embargo, es conveniente comprender por qué se aligeran estos escollos administrativos en tales circunstancias. En este juego de la oferta y la demanda de servicios de atención de la salud, también debe advertirse la existencia de las clases sociales, entre las que se distribuye el producto social de la comunidad para ser

utilizado por dichas clases como ingresos o rentas y desde las cuales se genera la facilidad de la demanda para estos bienes y servicios.

Este es el juego del proceso competitivo de la producción, que también se expresa en la atención médica, donde sus productos, como toda mercancía requerida por la demanda, tienen un valor para esa exigencia, que puede servir para curar o acrecentar la salud; y también tienen un valor de compra, dado que cuesta determinada cantidad de dinero.

Esta cantidad de dinero constituye un valor que está obligado por múltiples elementos, entre ellos algunos que tienen que ver con el lucro. Todos estos elementos constituyen el valor del acto profesional, el valor o precio de la práctica o servicio que se requiere y que se cambia por otro bien, medido en pesos, en dinero, con el cual se adquiere dicha prestación.

Este valor puede sintetizarse, en última consecuencia, como el trabajo que fue necesario realizar para producir el servicio, el acto profesional que se demanda y, lógicamente, también el trabajo acumulado a lo largo del tiempo y el espacio hasta llegar al instante del servicio obtenido.

Así, en dicho trabajo se incluyen los medios necesarios para producir los actos de la atención médica, las materias primas que se requirieron para los instrumentos, equipos, medicamentos y otros materiales, como los salarios y las ganancias planteadas por el capital; los valores que fueron exigidos para alcanzar la capacitación profesional a que el acto médico obliga. También en estos valores se pueden observar iguales acumulaciones de materias primas, salarios, ganancias y el escalonamiento que insoportablemente generan las clases sociales para producir la capacitación profesional a la que nos referimos.

Por eso, al valor de los servicios de atención médica en la sociedad competitiva se le reconoce un precio, que es la sumatoria del valor de cambio y el que surge ante la necesidad social de tales servicios.

Esta necesidad, sintetizada en la demanda de atención médica, está entonces condicionada por la clase social de sus requirentes, por la posición económica que tienen en el espectro social, precisamente como consecuencia de su papel u oportunidad en la distribución de ingresos y rentas.

Entonces, resulta necesario agregar que también en atención médica poco es lo que se puede explicar solo por el conocimiento o la interpretación de la ley de la oferta y la demanda en los precios y exigencias de los bienes y servicios de salud; la oferta y la demanda de estos bienes y servicios exigen la suposición previa de las clases sociales, que hace, en consecuencia, imprescindible conocer la estructura global del proceso productivo de la sociedad. Solo así tiene explicación la dinámica de la oferta y la demanda en los requerimientos de atención médica.

De esta manera, con aquel sector de la comunidad que puede satisfacer sin limitaciones sus demandas de salud, la accesibilidad administrativa es total, sin dificultades ni trámites que la entorpezcan.

Cuanto más se asemejen al sistema de pago al contado las otras fórmulas de cobertura de la atención médica, más cerca estarán de la accesibilidad administrativa óptima.

De allí que, cuanto más se alejen de este esquema de compra-venta directa, más dificultades administrativo-burocráticas encontrará el demandante para satisfacer sus requerimientos de atención para la salud. En tal sentido, la accesibilidad administrativa se hace compleja y difícil, especialmente en los sistemas de seguridad social y en la denominada medicina gratuita o del sector público.

En dicho sector público, pero especialmente en la seguridad social, se ha formado un importante aparato administrativo que rodea con una compleja red de trámites y requisitos tanto la organización del sector como la ejecución del acto profesional, configurándose así una creciente maraña en la dirección y determinación del proceso de la atención de la salud, que se conoce como burocratización de la medicina.

Este fenómeno del nacimiento y crecimiento de la burocracia no es nuevo ni para la comunidad ni para el sector salud. La burocracia ha existido siempre allí donde ha habido tareas que solucionar para grandes grupos de hombres y en un gran espacio, y la historia de las grandes civilizaciones humanas comenzó con la burocracia (Jacoby, 1972, p. 12). Su expansión ya no se refiere exclusivamente a los grandes grupos o a los grandes territorios. Ahora sus efectos abarcan casi unánimemente toda operación del hombre, en todos los escenarios donde ejerza la función de tal. También, y muy en especial, en la atención de la salud.

En esta debe pensarse en la burocracia desde dos puntos de vista. Uno desde el aparato administrativo que apoya y hace posible el acto profesional, y el otro desde el enfoque de la profesión médica como burocracia en sí misma.

Pero antes nos conviene delimitar histórica, política y socialmente el concepto de burocracia.

El término *burocracia* (*bureaucratie*) parece haber sido utilizado por primera vez en 1745 por Vincent de Gournay. El término incluye la idea de *bureau*, la oficina, y la de fuerza o poder que implica el sufijo *cracia*. La burocracia es, así, entonces, un sistema en el que el *bureau* ejerce cierto poder (Sauvy, 1965).

Desde los escribas, exaltados por los sacerdotes de Egipto y Babilonia, hasta los encargados de los registros de las antiguas civilizaciones de China e India o los empleados del Inca, los funcionarios del Imperio romano que estableciera Claudio y fortalecieron Adriano y Séptimo Severo, o los empleados por los señores feudales y los oficinistas del Rey de los siglos XIII y XIV, todos son los precursores de un régimen que, salvo las sociedades primitivas, basadas en la familia o en las tribus, ha existido siempre y con la condición intrínseca a su esencia de crecer sin frenos hasta convertirse en el colosal aparato administrativo que aprieta a las sociedades contemporáneas.

Hacia el siglo XV se producen en Europa modificaciones técnicas y políticas que exigen un sistema administrativo que comienza a ser estable. Se consolida el régimen territorial, se requieren y exigen recursos fiscales permanentes, se implanta la imprenta que utilizará crecientemente el papel, ese gran instrumento de la burocracia de todos los tiempos, se conoce y se desarrolla la artillería. Por rara sorna de la historia, uno de los más grandes artilleros de la época se llama Bureau.

También en este período la centralización y el manejo de los recursos fiscales permite la aparición y conocimiento de una característica que será casi inseparable

de las burocracias, la venalidad de sus representantes que hace calificarlos desde entonces por sus críticos como verdadera *plaga* del régimen social, característica y calificativo que sigue acompañando a nuestra burocracia.

En el siglo XVI en Francia se emplean los conceptos de *magistrature* y de *quatrième Etat* para destacar a la burocracia como sistema particular y ascendente, cuya significación en la vida pública y privada de ese país es tan exigente que entonces se decía que era difícil dirigirse a algún lugar sin encontrarse con un empleado. Casi tan asfixiante como la Argentina de 1981, si se incluye, como corresponde, entre los componentes de la burocracia a administrativos, a policías y militares en función de tales.

Para nosotros, como para la Francia de entonces, sirve la descripción de Georges D'Arenel para su historia sobre Richelieu y la monarquía absoluta: *Todo era asunto oficial, los hombres, los animales, las mercancías, los viajes, toda actividad pública o privada, todo ir y venir, las ocupaciones más sencillas: el pasar un puente, cortar un árbol o una carreta de paja... las cosas más sencillas que uno pudiera hacer. Todo estaba previsto por la ley, reglamentado, clasificado y tarifado... De ahí nos vino esa temible enfermedad del burocratismo, que todavía no ha podido curar ninguna revolución* y que aun se va a perfeccionar con la implantación de la burocracia prusiana del siglo XVIII, con el rey Federico I, que se llama el primer servidor del Estado, de un estado policía, al que conduce inexorablemente el crecimiento de dicho régimen burocrático, tal como sucede entre nosotros.

Aunque el siglo XIX muestra una sorda pero cruenta batalla entre el individualismo y la creciente actividad del poder del Estado —es decir, entre la autodeterminación, el autogobierno, la libertad personal (Revolución francesa) y la real fuerza insoslayable del poder burocrático estatal, *esta institución que domina la vida social*, como dice A. de Tocqueville—, vale decir, a pesar de la Revolución y la caída del régimen de la monarquía absoluta, del paso de Revolución, Terror, Termidor, Restauración y nueva Revolución, solo persiste, incólume y creciente, la ampliación del poder burocrático del Estado. Todas las revoluciones perfeccionaron esta poderosa y, al parecer, indestructible maquinaria.

El siglo XX, por su parte, entre una de sus definidas características arrastra el de la organización como fuerza dominante. Con ello, el crecimiento de la burocracia es incesante para llegar a convertirse, casi sin tropiezos ni escollos, en el fin último del Estado (Sauvy, 1965, pp. 27-37), para convertirlo en su propiedad primordial específica.

Ahora corresponde observar el proceso burocrático desde dos puntos de vista. Uno empírico y, diríamos, de concepción liberal, que asume a la burocracia como administración racional, y otro que advierte su peso en la sociedad moderna y analiza su potencialidad y capacidad operativa dentro de la distribución del poder político-social y económico de la comunidad.

En el primer campo, el de la burocracia como administración racional y legal, se sitúa M. Weber y sus continuadores, que definen a la burocracia o, mejor dicho, describen este proceso con un sentido clásico, indicando que son sus características fundamentales:

a) Funciones administrativas especializadas y diferenciadas; b) Designaciones realizadas con criterios otorgados por exámenes y competencias; c) Ubicación,

promoción y traslados según criterios generales y no por situaciones personales o particulares; d) Consideración profesional de sus integrantes, con retribución acorde a sus valimientos y condiciones; e) Toma de decisiones dentro del sistema, acorde con un entendimiento racional y jerarquizado, con responsabilidad y disciplina; y f) Sometimiento a una rigurosa evaluación y vigilancia administrativa (Weber, 1974, pp. 716-883).

Son, entonces, los atributos weberianos reconocidos para la burocracia: jerarquía, responsabilidad, racionalidad, finalidad, especialización y diferenciación, disciplina, profesionalismo, subordinación al esquema institucional y neutralidad administrativa (Weber, 1974, pp. 176-179), aspectos todos ellos que coinciden con el modo más racional de ejercer la soberanía y alcanzar el óptimo en sus resultados (Lapombara, 1970, p. 21).

Estas consideraciones empíricas finalistas de Max Weber han sido casi constantemente oscurecidas por la realidad política y social, hasta tal punto que el propio autor alemán comprobó que ese esquema ideal se veía influenciado, enturbiado, por la anexión que la burocracia hace cada vez más de las distintas esferas de la vida social, pero sin concebir ese mecanismo como parte esencial del vínculo con el sector que le otorga su poder.

Se cumplen todas las condiciones descriptivas que indicara M. Weber, hasta la subordinación al esquema institucional, y ello especialmente porque se advierte su condición de expresión del poder constituido. De allí que es casi imposible aceptar la neutralidad administrativa entre sus atributos. La historia y el desarrollo contemporáneo marcan sin dudas su inclinación a servir el rumbo que le otorga su condición de instrumento de la dominación, que le interponen las fuerzas sociales que ejercen la influencia dominante sobre la sociedad.

Por esto importa específicamente el otro campo de análisis de la burocracia. Aquel que la encuadra desde el punto de vista del poder, que nos permite identificar el sentido y la razón del sistema burocrático, al tiempo que nos exime del error weberiano de pensar que la corrección de sus defectos, hipertrofias y patologías se consigue como producto de la perfección de sus objetivos o el de sus componentes o el mejoramiento de los órganos de evaluación y control que puedan establecerse sobre su funcionamiento.

No debe confundirse la teoría concreta de la burocracia, su esencia, desarrollo y finalidad con un simple y corto enfoque antropológico de dicho sistema burocrático.

De igual forma, es necesario no identificar a las burocracias equivocadamente e imputarles el manejo ideológico y social de la comunidad. Tampoco en medicina, donde la atención médica, salvo la de la actividad privada, se ha visto enredada en un crecimiento fantasmal de dicha burocracia.

Pero es necesario no confundir el origen del poder y asignarle a los administradores y tecnócratas, también a médicos y profesionales del arte de curar y sus colaboradores, que forman parte de esta creciente burocratización de la medicina, el ejercicio y la capacidad para mover el edificio social. No debe confundirse a los burócratas con los verdaderos dueños del poder.

En medicina esto es muy importante porque resulta cierto el aumento incesante de los condicionantes administrativos, de la espesura de la burocracia, pero es urgente descubrir que esa burocratización es el síntoma que denuncia los impedimentos que las clases poseedoras establecen para limitar el acceso fluido a los bienes y servicios que necesitan las grandes mayorías. Son los filtros que, desde el punto de vista administrativo, permiten discernir y diferenciar a los destinatarios del producto social. Son los mecanismos para el control social, pero no la fuerza o clase social que dicta el control.

En esencia, ni la burocracia social ni la burocracia en el sistema sanitario, ambas exponencialmente crecientes, reconocen una explicación antropológica y perfecta ni constituyen un poder en sí mismas. Esta es una diferenciación clave e ineludible.

También en atención médica la clase médica y sus colaboradores intervienen en el proceso tendiente a legitimar el control sobre la población y favorecer a los legítimos poseedores del poder. Por eso, a veces se la identifica a la burocracia sanitaria como el expediente administrativo que las clases poseedoras utilizan para garantizar su hegemonía.

Tal vez en esto consista la razón última del crecimiento incesante de la burocratización del sector y las dificultades constantes que ello implica para la clase trabajadora argentina.

Pero es necesario individualizar cuidadosamente a los dueños de las circunstancias determinantes y comprender, entonces, el papel dependiente de los burócratas médicos, de esta espesura administrativa asfixiante que ejecutan médicos, técnicos, auxiliares, administrativos, gerentes, jefes contables, promotores, relacionistas, etc. No son más que eso, los ejecutores de un programa que la estructura determinante pone en marcha para seguir manteniendo su predominio.

De esta forma, se identifica al sujeto principal parapetado detrás de ese crecimiento de la burocracia médica en expansión y se comprueba que *la élite burocrática de la salud*, todo el proceso burocrático de las prestaciones de salud, constituye un apéndice necesario de la clase dominante. Son los administradores y no los creadores de la dependencia. Aquí está la significación del problema. El crecimiento de la burocracia también envuelve a la medicina, que sirve para los controles sociales señalados. Pero sus componentes son los administradores y no los creadores de la dependencia que exige el poder social. Son los operarios del control social, pero no los generadores de la determinación; solo los ejecutores de la voluntad y de los intereses de las capas sociales que ejercen la influencia dominante en el desarrollo económico social de la comunidad.

También en el campo de la atención médica, frecuentemente esas funciones y sus titulares han sido y son parte de la clase dominante e incluso uno de los recursos y fuentes para su formación (generalmente o preferentemente crecieron y se enriquecieron con la corrupción y dirección de tal puesto), pero nunca consiguieron llegar a ser una clase independiente y con poder propio.

El poder político social de la burocracia y tecnocracia médica no es un fenómeno incomprensible ni gratuito; surge del campo de las fuerzas productivas y del carácter

de la división social del trabajo. Es decir, del lugar que le asignan las verdaderas fuerzas creadoras del poder social.

La burocracia médica y sus componentes son los ejecutores *asalariados* del monopolio de la clase poseedora; son la capa de los intermediarios, ajena a los productores directos, que maneja actividades sociales importantes, pero no es la generadora del poder. Tienen el monopolio de la decisión en atención médica, pero no en virtud de su derecho de propiedad, sino en carácter de delegación de tal derecho.

Por eso mismo, es fácilmente comprensible su ligazón al poder, la defensa y la protección, que en todos los casos ejercitan a favor de las clases que les han delegado el poder y otorgado su representación. La burocracia médica está en posesión de la esencia de la medicina y sus actividades; esta es su lona de propiedad privada, pero ejerce su hegemonía solo como poder delegado o representativo. Esta misma circunstancia es la que la lleva a cristalizar la situación social por la cual le otorgó esas palancas de la dominación social, por la cual siempre la burocracia médica, como toda burocracia, aparece defendiendo el sistema y la clase o sector que le delegó su poderío, acrecentando sus propias actividades y transformando al acto administrativo en uno de los episodios básicos de las actividades sociales, transformando a la burotecnocracia médica en uno de los fines últimos de la atención de la salud.

En el acto médico, sus ejecutores y todo el sistema que lo sostiene ejercen dos formas de influencias. Primero, conducen, manipulan el poder social. Al curar, corregir, actuar, lo hacen certificando y sosteniendo el poder que les otorga la representación. Así, la medicina constituye una parte estructural que, como la ideología, la ley, la política, la técnica, también la burocracia, consolidan las relaciones de producción.

Después, interponen instancias, trámites, expedientes, especialmente en la atención médica pública y de la seguridad social, transformándolos en una verdadera maraña de actividades que lleva a sus ejecutores especialistas en la gestión y dirección a constituirse en un sector en continuo crecimiento. Así acrecienta su poder, ese que le ha sido delegado por las clases poseedoras. La burocracia crece en la misma medida que se apropia de su papel esencial de representante de los dueños del poder.

Cuanto más hace la burotecnocracia médica por desempeñar su papel delegado, más entorpece la recta y libre ejecución de la demanda de salud y más dificulta el acceso administrativo de quienes requieren del acto profesional. Porque, al igual que en las demás actividades, el aumento de la burocracia médica es el camino del desenvolvimiento del poder en el juego de las relaciones sociales en el sistema productivo. Para mantener y acrecentar ese poder, para defender y proyectar esas relaciones sociales, la burocracia también en atención médica se expande inconteniblemente, superponiéndose a la sociedad a la que le debería rendir cuentas, en lugar de exigírselas.

El ejercicio de la atención médica en un ámbito social justo y desarrollado exige que transformemos esta tecnoburocracia médica, de órgano asfixiante de la población en instrumento absolutamente supeditado a ella.

De allí que las estrategias antiburocráticas en la atención médica no pasan tan livianamente como se las define dentro de los procesos de contramedicina, antimedición, autoasistencia, rechazo de la organización. etc. Buena parte de estas estrategias involucran un error esencial, dado que apuntan a la idea de que el individuo es el responsable de su salud o definen el objetivo del sistema de atención médica como la resolución de un conflicto por el comportamiento, la conducta, de los grupos o individuos que requieren de él. Ambos errores depositan en las personalidades, en los individuos y sus requerimientos la solución de sus conflictos. Ese es el error sustancial.

A aquellos que, para definir su posición antiburocrática, rechazan la organización, porque en ella ven al mismo tiempo el acrecentamiento de los niveles de burocratización y el fin de las posibilidades de las transformaciones sociales, debe recordárseles que tal posición incluye una visión muy parcializada de la realidad. Es cierto que organizar implica formalizar el proceso, codificar las operaciones, encadenar y priorizar las reglas, agrandar y, si se quiere, endurecer las jerarquías. Todos estos son episodios que tienen una gran proclividad a la burocratización y, en particular, al propio acto médico.

Pero es necesario advertir que no debe situarse a la organización esencialmente como un proceso que se desarrolla de manera autónoma, con independencia de la evolución histórica (Weber, 1974, p. 178).

Formalizar, codificar, encadenar, priorizar, endurecer las jerarquías, son procesos que participan de la burocratización de la atención médica, y, en consecuencia, el error no consiste en saltarse o en obviar estas situaciones, sino en creer que la operación organizativa es tan cristalizada y estable que no permite nuevas situaciones, aun contradictorias, nuevos lugares para que se definan ulteriores procesos de comprensión e innovación que pongan en cuestión la racionalidad misma del anterior orden administrativo.

Por eso, de la misma manera, en la atención médica el rechazo de la predominancia de su estilo y forma no consiste en negar y expulsar el concepto de organización y eficiencia, sino en evitar que se cristalice y acreciente el poder de la burocracia, porque con ello se acrecienta y cristaliza el poder de la clase que le otorgó la representación a médicos y colaboradores.

Así, la lucha por la accesibilidad administrativa pasa una vez más, también en atención médica, por la participación en el poder político y social de aquellos que demandan prestaciones de salud.

Esta participación cuestiona básicamente la estructura determinante y exige una diferenciación en las relaciones sociales posibles. Cuestiona la génesis de la burocracia porque modifica, transforma, las fuentes dominantes del poder.

Sin ese cuestionamiento no existe desburocratización posible. Tampoco en la atención de la salud.

Capítulo 7

La eficiencia en atención de la salud

Puede comenzarse el análisis de este concepto para la atención de la salud pensando que la eficiencia muestra la disponibilidad de bienes y servicios sanitarios para toda la población al más bajo costo.

Se establece, con este entendimiento, una relación entre las actividades que se producen para la atención de la salud y el costo de ellas. Se trata, así, de la capacidad para producir esos bienes y servicios y de relacionarlos con el esfuerzo que la comunidad debe realizar para crearlos y obtenerlos.

Para cumplimentar tal eficiencia, el producto a obtener deberá ser *eficaz*, es decir más útil y beneficioso que nocivo o inútil. Debe ser capaz de alcanzar los objetivos, efectos y propósitos requeridos y debe hallarse disponible para todos o bien poderse aplicar, brindar, a todos los que deben beneficiarse con dicho producto (*efectividad*).

Con este razonamiento puede expresarse que la eficiencia en atención de la salud puede asociarse a una ciencia, como la economía política, es decir a esa rama de las ciencias sociales que estudia el efecto que producen sobre la población los medios y fines, los bienes, siempre escasos, que es necesario distribuir y que hasta pueden tener además usos y aplicaciones alternativas. Tal como en la atención de la salud.

Esto mismo explica gran parte del lenguaje requerido para el análisis de la eficiencia en la atención de la salud y su frecuente correlato con aspectos de la ciencia económica. La eficiencia para el sector también tiene que ver con el grado máximo de realización de una finalidad o del cumplimiento de un objetivo, y para ello debe lograrse tal situación con un gasto dado de medios y que estos resulten mínimos para el cumplimiento de esos objetivos. Deben lograrse, así, primero, el principio de mayor efecto, es decir el principio de mayor rendimiento, y, segundo, el principio de mínimo gasto de medios o de economía de los medios.

En otras palabras, la eficiencia tiene que ver con la maximización del producto, alcanzando la mayor producción de bienes y servicios y manteniendo en niveles constantes los insumos, y con la minimización de los medios o insumos, lográndose así la misma cantidad de bienes y servicios con el menor insumo posible.

También la atención de la salud se encuentra involucrada dentro del enfoque económico —vale decir, dentro de aquella actividad dirigida a la producción, distribución y consumo de bienes y servicios—, dado que su actividad, al menos en su categoría esencial, tiene sus objetivos claramente destinados a un fin y utiliza para ello, en gran medida, medios y objetos materiales, y en buena distancia sus agentes, corporaciones,

organismos e instituciones en la sociedad competitiva se alinean detrás del deseo de obtener una máxima utilidad con el intercambio de sus bienes y servicios.

La utilidad aparece en la atención médica de nuestro tiempo y lugar como una parte también esencial del intercambio de mercaderías, bienes y servicios para la atención de la salud-enfermedad.

Aquí se impone una aclaración: resulta necesario conocer el sentido económico de la atención de la salud, referido al conjunto de actividades por las cuales los componentes de la comunidad obtienen, distribuyen y consumen los bienes y servicios sanitarios que pueden satisfacer sus requerimientos individuales y colectivos.

Esta realidad económica, también situada en el corazón mismo de la atención médica de nuestro medio, constituye la realidad concreta sobre la cual se alza la realidad política, cultural, social y también sanitaria, que se ve impregnada o determinada por esa categoría, realidad o estructura económica.

Debemos decirlo más precisamente. La realidad-categoría-estructura económica se muestra, está presente y viviente en sus efectos. Las condiciones de la estructura económica global determinan los resultados, tienen los efectos que se esperan para la atención de la salud, que, inmersa en un sistema competitivo, tiende en su seno también al “desarrollo ilimitado de las fuerzas productivas y a la acumulación del capital, regida por la búsqueda de la utilidad y no por la satisfacción de las necesidades de la sociedad” (Godelier, 1974, p. 178). Aquí es, entonces, donde se imponen preguntas cruciales. ¿En beneficio de quién se busca la eficiencia? ¿Para lograr qué efectos la atención médica *eficientiza* sus métodos y técnicas?

Dejemos un instante estas dudas, para reafirmar la idea de la realidad social, sumatoria del modo de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, señalando el comportamiento de las otras realidades parciales, regionales, como las llaman algunos economistas, entre las cuales se encuentran las sanitarias, calificando sus acontecimientos, como ser las consultas, internaciones, consumos de medicamentos, equipamiento, etc. Estas realidades parciales o regionales están situadas en el lugar que define la estructura socioeconómica, que es la consecuencia de la interacción dinámica entre las fuerzas productivas y las relaciones sociales que engendran tales producciones.

Dentro de esta tendencia conceptual, es necesario reparar en lo siguiente:

- a) En primer término, la realidad sanitaria no es fácilmente medible; no constituye, como algunos creen o prefieren, un simple elemento mensurable. Se trata también de una estructura o de una realidad compleja que a su vez debe ser enmarcada dentro de las realidades que determinan e influyen las realidades productivas globales y las relaciones que surgen de tales modos de producción.
- b) En segundo término, los hechos sanitarios no son actos simples, objetos homogéneos y posibles de reducir a tablas o fórmulas comparativas.

Aun la simple demanda de atención médica en consultorio o de internación de urgencia o por una enfermedad crónica no pueden ser resumidas como simples

acontecimientos que expresan solo el requerimiento ante una exigencia de salud. Su medición o definición precisa solo es factible, solo puede aceptarse, si se ha enmarcado previamente el concepto de lo sanitario como componente y participante de la estructura económico-social compleja, determinante y determinada.

En este punto es donde pueden identificarse las diferencias entre el sanitarismo empírico, descriptivo, tecnocrático e intelectualista y la atención de la salud concebida con profundidad, que trabaja cotidianamente para elaborar conceptualmente el objeto de las estructuras de producción, distribución y consumo de los bienes y servicios sanitarios y aquello que es tan importante como esto, es decir las relaciones sociales que de ella surgen y por las que existen.

- c) En tercer término, es un requisito fundamental recordar o aprehender que los acontecimientos sanitarios, como los de la economía que los determinan, ya no se encuentran en una relación causal simple y lineal. Por el contrario, esta relación obedece a situaciones complejas, es decir categorizadas y definidas por su complejidad, por la realidad compleja que las determina. Complejidad que se arma por la realidad global que, una vez más, resulta de la estructura de producción, distribución y consumo y de las relaciones que de ellas surgen.

Aquí precisamente es donde aparece la necesidad de un mayor entendimiento de la relación causa-efecto, alcanzando mayor claridad el principio de determinación y de interconexión, que ratifican el conocimiento de que no solo la causa engendra el efecto, sino que el efecto actúa sobre la causa, influenciándose recíprocamente y en forma constante. De allí que se puede repetir una vez más que toda la existencia de la estructura consiste, está presente, en sus efectos, y estos se reinvierten sobre la estructura causal.

Los efectos logrados en atención de la salud no son exteriores a la estructura sanitaria que actúa; no son solo un objeto, un elemento o un episodio sobre el cual se imprime la señal de la realidad o estructura que actúa. Por el contrario, toda la existencia de la estructura, de la realidad, consiste en sus efectos. Los determina, forma parte de la causalidad estructural o de la realidad fenoménica y de las relaciones que ella crea. Los determina y recibe su influencia, es decir interacciona con ellos.

También la ciencia de la atención de la salud, como la ciencia contemporánea,

...ha entregado el carácter de predominio, que antes era exclusivamente del principio causal, al más amplio principio de *determinación*, sostenido sobre dos componentes: el atributo genético, enmarcado dentro del enunciado “nada surge de la nada ni se convierte en la nada”, y el atributo de legalidad, definido por aquello que “nada ocurre en forma incondicional, arbitraria, ilegal”. El principio de determinación ratifica la idea de que los sucesos se producen y condicionan en forma definida y que las cosas, sus propiedades y los cambios de las propiedades revelan pautas intrínsecas precisas. (Bunge, 1978, pp. 365-366)

En el campo científico social, la determinación general producida por las estructuras económicas que surgen de los sistemas productivos observan ambos atributos y reconocen esencialmente la interacción que aparece con sus resultados o efectos, así como también el peso relativo de la propia determinación de las estructuras parciales o regionales. Estas también tienen su responsabilidad en los efectos, pero delimitadas con exactitud; su responsabilidad esencial tiene recortes, limitaciones, que no dependen de ella.

También la estructura sanitaria ejerce su propio peso; genera su propia determinación. Basta observar las tendencias actuales de la demanda médica para entender el significado de la oferta tecnológica del sector. Pero su autodeterminación está, a su vez, determinada por la estructura socioeconómica, aquella que la tiñe e impregna, como ya hemos dicho, y la impulsa sobre sus objetivos. Sus resultados y hallazgos interactúan con la estructura global y de allí resurgen determinadas nuevas metas para su acción.

Aquí se hace ahora imprescindible volver a las preguntas cruciales.

Es cierto que también la atención médica, como la economía, desarrolla buena parte de sus métodos para lograr aquellos objetivos de maximización del producto y de minimización de los insumos. En definitiva, hacer válida la conceptualización de la eficiencia en la atención de la salud.

Para comenzar a responder a las preguntas cruciales, es necesario reparar con claridad en la idea de que conseguir mayor productividad en el sector sanitario, como en cualquier sector —así simplemente, productividad por sí misma—, no puede constituir la esencia final de la eficiencia.

Lograr mayor producción de consultas, de egresos, de prácticas de diagnóstico y tratamiento con iguales insumos no puede significar el efecto máximo de la acción sanitaria. Esa mayor efectividad, esa mayor producción resulta, al fin y al cabo, nada más que un estrecho concepto de *eficientismo*.

Igual criterio corresponde asignar a todas aquellas acciones que, pensando solamente en la relación insumo/producto en atención médica, cuentan los niveles que pueden alcanzarse, por ejemplo en gasto/consultas, gasto/egresos, recursos humanos requeridos/consultas o egresos, número de horas profesionales/prácticas de diagnóstico y tratamiento o número de egresos o de consultas. Ninguna de estas relaciones ni todas ellas y muchas más juntas alcanzan el fondo del problema.

Tampoco se logra llegar a la exacta valoración de la eficiencia si, como quieren algunos, involucramos en la conceptualización el resultado final alcanzado por los procedimientos de atención médica brindados al individuo o a la comunidad y medimos así ese insumo, esos recursos utilizados, esos gastos, en atención médica y los resultados finales logrados en salud o bienestar del individuo o de la comunidad. Esto también es *eficientismo*, aunque aparezca como orlado por un marco de mayor profundidad conceptual o por una aureola de mejor entendimiento técnico.

De allí que toda valoración de costo/efectividad —es decir, la medición de los resultados finales de la atención médica con relación a los costos de las acciones o, mejor aún, con las estructuras componentes de los insumos (gasto, personal, equipamiento, recursos físicos, tiempos, etc.) o como, quieren otros, la medición de la

combinación de recursos utilizados y los resultados finales— es solo un enfoque parcial y, por lo tanto, *solo eficientismo*.

La solución de los problemas de salud no puede ser la consecuencia de la utilización de distintas combinaciones de recursos, aun de la mejor combinación de recursos, para llegar al mismo y, aun, al mejor resultado, como piensan algunos sanitarios, técnicos y tecnócratas nacionales e internacionales, que también esgrimen, así, sólo conceptos *eficientistas* (Sonis, 1978, p. 293; Klarman, 1965; (Williamson, 1971; Donabedian, 1973; Jelinek, *et al.*, 1974; Souilla, *et al.*, 1974/5).

Hacen de la utilización *de la mejor combinación de recursos* para obtener un resultado, la máxima condición de racionalidad o eficiencia de la atención médica.

Aún peor, la razón misma de su existencia y perfeccionamiento, el objetivo máximo de su desarrollo, ubicado tendenciosamente, pura y exclusivamente dentro del único terreno considerado válido por esos autores, es decir en el estricto campo de la salud.

Se trata, en tales condiciones, de recibir una situación dada de enfermedad o malestar, reconocerla, diagnosticarla, encuadrarla, sin dudas, dentro del campo sanitario, aislarla de toda otra influencia o interacción y aplicar sobre ella *la mejor combinación de los recursos del sector* para obtener el *resultado esperado*. La eficiencia consiste, así, en resolver un problema (enfermedad-malestar) aplicando una terapéutica (combinación de recursos sanitarios) que logre un efecto (salud-bienestar). En definitiva, resolver el síntoma visible por la mejor combinación de medios sanitarios que aplaquen el dolor, disimulen el deterioro y repongan al individuo o a la comunidad, otra vez en el circuito productivo. Pero desde el punto de partida exclusivo que dicta la enfermedad. Sin volver la mirada más hacia atrás. Sin reparar que también aquí, en la atención de la salud, la verdad o la causa está en otra parte. Sin interrogar tal causalidad, partiendo exclusivamente del síndrome patológico al que se transforma en la causa que hay que remover. Es la causa básica, la que debe repararse, conforme ese enfoque.

Así, entonces, para tal causa, tal suma o combinación de recursos terapéuticos. Y si el resultado o efecto es el buscado, el buscado por ese esquema restrictivo y con anteojeras, entonces, sus autores proclamarán *la eficiencia del método o de los métodos recomendados*. Pero las causas determinantes, la estructura de arranque de esta situación fue ignorada, permaneció inatacada; no se introdujo racionalmente en el espectro de condiciones a transformar. Por eso, aunque el resultado final aparezca como mejor nivel de salud o bienestar, esta solución que brinda *la mejor combinación de los recursos de salud*, aunque parezca eficiente en el restringido campo de lo sanitario, por eso, por ser parcial y escasamente útil, es solo y exclusivamente *eficientismo*.

Es cierto que la eficiencia integral de la estructura sanitaria, de las técnicas y procedimientos utilizados en la búsqueda de la salud y el bienestar, tienen que ver con los resultados alcanzados frente al dolor y al malestar, pero la cuestión consiste en reconocer las causas del dolor y del malestar, de la enfermedad individual y colectiva, para identificar, así, la metodología que actúe verdaderamente con eficiencia. Es decir, para que sea capaz de remover las causas determinantes y no solo

las determinadas. Sin olvidar, además, la compleja y constante presencia de la interacción entre tales causas.

Las causas determinantes, que hacen al reconocimiento cabal de la estructura global de la producción y las relaciones sociales que de ella nacen, desbordan la simple causalidad biológica y aun biosocial que se proclama atacar con *la mejor combinación de los recursos disponibles* que utilizan esos técnicos nacionales e internacionales, que utilizan la atención médica tradicional.

Esa combinación de recursos así utilizados, cuando más, llegan a modificar parcial y temporalmente las causas determinadas, pero sin lesionar, ni siquiera enfocar, sus cargas determinantes. Repitiéndolo, por eso sus métodos son solo *eficientistas*.

En las causas determinantes está el problema. Ese es el punto de ataque. Complejo y difícil, pero problema al fin. Atacarlo con la eficiencia es el tema de la atención de la salud. Lo demás seguirá siendo solo sintomatológico; aplacar el síntoma.

Se trata de entender que los fenómenos sanitarios que interesan al consumidor y al productor están presentes en la estructura sanitaria, primero, y en la estructura económico-social, en la estructura global que la determina, después, constantemente.

Los efectos, las situaciones de enfermedad-malestar, son una consecuencia de la estructura global, desde que la existencia de la estructura consiste en sus efectos, garantiza dichos efectos. En otras palabras, el problema consiste en descubrir la propia eficacia de la estructura sobre sus elementos y construir la respuesta que modifique tal estructura. La eficiencia en salud pasa por los procedimientos que transforman las estructuras globales que generan la enfermedad-malestar. La transformación de la estructura económico-social que produce la injusticia-muerte-enfermedad. Eso es eficiencia para la atención de la salud, porque si la atención de la salud solo se dirige a la explicación *de las cosas mismas, de lo dado*, sin elaborar y estructurar el concepto de su objeto integral, la atención de la salud como ciencia o técnica, solo permanecerá prisionera de una simple e insuficiente ideología empírica. Solo será, como lo es la atención médica tradicional, un remedio para simplificar síntomas, una técnica para apaciguar multitudes heridas por una historia y una sociedad patógenas.

Capítulo 8

Demanda de atención de la salud

Dentro del esquema de atención de la salud que pusimos en marcha a punto de partida de la percepción que la población tiene de su propio estado sanitario, y siguiendo el modelo modificado de Kalimo que hemos utilizado, después del análisis de la accesibilidad, que resulta el camino para posibilitar la percepción del valor de uso de los recursos, nos toca ahora avanzar hacia la comprensión detallada del concepto de demanda de atención de la salud.

Es conveniente comenzar este análisis refiriendo algunas de las ideas básicas, que los estudiosos tradicionales del campo sanitario han expresado con relación al sector salud, al enunciar que este “dista mucho de responder a un esquema de mercado de competencia perfecta, por lo tanto, escapa a leyes de comportamiento válidas para otros campos de la economía” (Secretaría de Estado de Salud Pública, 1977).

Estos mismos autores tradicionales recuerdan que ya hace casi diez años D. A. T. Griffiths había definido algunas de las características importantes del comportamiento del sector sanitario. A saber:

- 1) Que la enfermedad es un hecho impredecible para el individuo.
- 2) Que toda sociedad moderna considera que la salud es un derecho y debe asegurárselo a todos los componentes de esa comunidad.
- 3) Que en este campo los *efectos externos* son considerables, vale decir que cada comportamiento sanitario repercute sobre la totalidad.
- 4) Que el usuario o consumidor tiene poca capacidad para decidir qué bienes y servicios necesita y tal vez menos aun para evaluar si lo recibido es adecuado y eficaz para sus necesidades.
- 5) Las prestaciones requeridas para satisfacer las necesidades de salud pueden ser consideradas como una mezcla de consumo y de inversión.
- 6) Que en el campo sanitario prevalece la mano de obra intensiva.
- 7) Que en muchas partes del mundo la atención médica está organizada sobre bases no lucrativas (pensamos que cada vez en menos lugares) y por eso no es apropiado aplicarle los criterios de rentabilidad para la asignación de los recursos (también creemos que cada vez en menos lugares).
- 8) Que frecuentemente atención médica, docencia e investigación se producen conjuntamente y de allí la dificultad de estudiar detallada y precisamente sus costos (Griffiths, 1972).
- 9) Que la formación de los recursos humanos y su habilitación para funcionar tiene carácter monopólico o casi monopólico.

- 10) Que para la obtención de los servicios que requiere el consumidor es necesario que proveedor y consumidor se pongan en contacto; es decir que el mercado sanitario es entonces circunscripto y está limitado por el tiempo y la distancia.
- 11) En un momento determinado es muy baja la posibilidad de sustituir los requerimientos de salud: la atención médica se hace irremplazable.
- 12) Que prevalecen los aspectos individuales, aun subjetivos, en las exigencias de salud y aun en su prestación, por lo cual se dificulta su evaluación.

Los mismos autores tradicionales u otros más recientes, pero igualmente adscriptos a estas tendencias clásicas de la economía, la producción y el consumo, han agregado al panorama sanitario conceptos que hacen al entendimiento, desde tal enfoque, de términos imprescindibles para interpretar algunos temas básicos de esa economía de la atención de la salud. Esto nos obliga a volver sobre un tema ya tratado.

Así, se discute el término *necesidad*. Es casi un axioma inamovible que la base de toda actividad económica, mejor aún, la base de la actividad económica es la existencia de las necesidades individuales, porque en este entendimiento “la economía es el estudio de la organización que tiene por objeto dirigir la utilización de recursos escasos para satisfacer necesidades humanas” (Due, 1967, p. 4).

Estas necesidades en el campo de la salud han sido definidas por tales autores como

...la cantidad de servicios médicos que la opinión de expertos de la medicina cree que deberían ser consumidos en un período relevante de tiempo para que sus miembros permanezcan o se conviertan en tan “sanos” como sea permitido por el conocimiento médico existente. (Jeffers, 1971, pp. 16-71)

Es bueno que retengamos que el propio John Due, el profesor de economía de la Universidad de Illinois en EEUU, que nos ofreció la definición tradicional de economía que acabamos de utilizar, ha enseñado que frecuentemente la población no tiene conciencia cabal de los verdaderos deseos que está tratando de satisfacer, las necesidades que quiere resolver, cuando adquiere determinado bien o servicio. Y agrega que todas nuestras elecciones de tales bienes y servicios están afectadas no solo “por la influencia del trasfondo cultural general de la época, sino por la influencia desarrollada por los productores de bienes” (Due, 1967, p. 5) a través de verdaderos esfuerzos para acrecentar sus ventas y con el fin de aumentar sus propias ganancias.

Es prudente que se recuerden estas ideas de un economista bien tradicional, porque de esta forma se puede complementar acertadamente el criterio sustentado por los especialistas sanitarios en el concepto de necesidad de salud. Ellos mismos han abierto la posibilidad de una interpretación adecuada del estado de necesidad de atención médica.

Así, como lo dejamos dicho, la necesidad se define por la cantidad de bienes y servicios médicos que la opinión de expertos de la medicina cree que deberían ser consumidos. Es decir, es el caudal de bienes y servicios sanitarios que la población

debe consumir, según la opinión y consejo de los que saben sobre salud-enfermedad o como consecuencia de la influencia e indicación de los mismos productores, tanto de los bienes como de los servicios, apreciados como exigibles para permanecer, sentirse o convertirse en individuos sanos.

Como se ve, tanto los economistas tradicionales como los médicos y especialistas sanitarios de la misma tendencia coinciden en que la necesidad de esos bienes y servicios es bastante independiente de la percepción que cada uno tenga de su estado de salud y aun también de la disponibilidad de dichos bienes, como de la apetencia o resistencia de esa persona a requerir los servicios de la atención médica.

Entonces, este concepto de necesidad, aceptado por los miembros de la economía y la medicina tradicional, permite entender que las necesidades en atención médica no están definidas por la característica antropológica de los requirentes, sino por la capacidad de exigencia de tales bienes y servicios, que tiene que ver con la naturaleza de los bienes y servicios disponibles y la posibilidad de obtenerlos por quienes experimentan esas necesidades.

Vale decir que debe quedar claro que la producción de bienes y servicios para la salud determina las necesidades, al crear los medios de consumo aquellos valores que serán utilizados en períodos establecidos. También determina su manera de consumirlos y hasta el nivel de apetencia para ese consumo.

Algunos ejemplos simples ratifican este concepto. Pensemos en la necesidad de consumo de algunos medicamentos, como las vitaminas, los analgésicos, los psicofármacos y especialmente en estos tiempos los citostáticos y antihipertensivos. También observemos el consumo que se experimenta en cesáreas, terapias intensivas, tomografías computadas, ecografías, autoanalizadores para laboratorio, aerobismo, curas de adelgazamiento, etc.

El consumo individual de estos bienes y servicios que interrelaciona a los elementos utilizables (valores de uso como los señalados) con las necesidades de salud (luego demanda de estos elementos) nos lleva directamente a la capacidad de producción de aquellos y, por otro lado, al conocimiento de las relaciones sociales que tal producción determina y que se expresa en la distribución de la riqueza y la división de los individuos en clases sociales.

Por ello es que las necesidades sanitarias se definen incuestionablemente por el enmarcamiento económico de tales necesidades. Primero, una fuerza determinante, la producción de bienes y servicios sanitarios, y de allí una escala determinada por las relaciones sociales que surgen de esa producción. Aquí está el *secreto*. Los verdaderos actores son las relaciones de producción, es decir las relaciones sociales, políticas, ideológicas, culturales, que generan las fuerzas productivas de bienes y servicios sanitarios, que son parte, solo parte (por otra parte) de las fuerzas productivas globales.

Parece claro, pero conviene reafirmarlo: las relaciones de producción que determinan las relaciones sociales no pueden ser reducidas a una idea subjetiva de los requerimientos personales; a un concepto humanista de las necesidades para la salud. Estas relaciones no ejercitan solamente una combinación entre bienes y

servicios sanitarios y seres necesitados o demandantes. Se trata de algo más complejo y también particularmente estructurado.

Se trata de una realidad compleja que se manifiesta en el modo de producción de los bienes y servicios para la salud, y de tal realidad se deben comprender no solo las condiciones materiales en que se generan esos bienes, sino, y especialmente, las condiciones sociales que tal producción engendra.

De allí que se necesite conocer cómo se producen los bienes y servicios para la salud y quiénes los producen, así como también la producción de bienes y servicios generales, porque, al reconocer el modo de producción, las situaciones bajo las cuales se crean esos bienes, se los intercambia y consume, también se identifican las condiciones sociales bajo las cuales se desarrolla el proceso de la atención médica.

Las diferencias sociales a las que dan lugar las relaciones de producción de estos bienes y servicios sanitarios y los de la economía general también engendran situaciones que están marcadas por esa relación compleja determinante. Es ella la que signa la oferta de bienes y servicios, su consumo y apetencia, su presente y su futuro, sus detalles ínfimos como sus tendencias y expectativas, aunque frecuentemente aparezca en los estudios contemporáneos como indefinida, desconocida y hasta inexistente. Esta es la esencia de la necesidad y su consecuencia ulterior, la demanda sanitaria.

También, como ya lo hemos dicho en capítulos anteriores, la diferencia en la agudeza para la percepción de la salud-enfermedad, como de las posibilidades de requerir bienes y servicios de la atención de la salud, es la consecuencia de múltiples factores que se generan en la clase social que ejerce su demandante. La ubicación en una clase social le otorga a cada componente de ella y al grupo social todo una diferente perspectiva para distinguir los estímulos de sus necesidades de salud.

La necesidad médica está determinada por el puesto del individuo o del grupo social en el esquema productivo.

La realidad cotidiana del proceso de la atención de la salud muestra que cuanto más exigentes son las necesidades de salud, cuanto más deberían requerirse los auxilios de la atención médica por pertenecer a las clases sociales que más son agredidas por las condiciones concretas de la existencia, menor es la percepción, mucho menos aún el consumo o la utilización de bienes y servicios, teniendo en cuenta el umbral exacto de tales necesidades ciertas.

Así, aparecen en nuestra realidad cotidiana acentuadas y exageradas las situaciones de injusticia del desequilibrio entre necesidades y consumo.

Al observar nuevamente algunas de las tablas entonces ofrecidas e introducirles las correcciones que surgen de considerar como esencial la categoría clase social, a la que pertenecen los perceptores de morbilidad y las condiciones verdaderas de necesidad médica, se entiende que las tasas halladas se transformen en niveles muy inferiores a los considerados útiles.

El ajuste transforma esas medidas cuantitativas en claramente insuficientes para las clases sociales bajas, mientras que suben en forma elocuente los niveles de la percepción, necesidad y utilización de las clases poseedoras.

Se invierte decididamente la realidad observada cuando se la mide con instrumentos simples y directos; y una vez más aparecen las contradicciones de la sociedad competitiva, al descubrirse que quienes han sido más agredidos y hostilizados, y por eso están más debilitados y enfermos, tienen una menor capacidad de percepción-necesidad-demanda de atención de la salud.

Estas aproximaciones a la verdad oculta, que permiten el análisis epidemiológico moderno, brindan explicación científica para la indiferencia, abulia, insensibilidad, frente a los propios dolores y enfermedades que tienen las clases necesitadas en cualquier país, pero aún mucho más elocuentemente en los países con dependencia colonial. La anestesia que genera su enfermedad y malestar histórico, la casi apercepción de la morbilidad y las privaciones, es la expresión más dramática de esa inversión cuantitativa de las tasas de percepción que señalamos, que la estructura determinante se ha preocupado, directa e indirectamente, de provocar y acentuar.

La necesidad de atención de la salud (debe repetirse incesantemente) está unida en forma indubitable al puesto del individuo y su grupo en el espectro social, y todos sus requerimientos y exigencias solo tienen que ver con esa pertenencia a determinado escalón social.

Pero agreguemos aun otro detalle, especialmente referido a aquellos casos de población perteneciente a clases sociales con capacidad adquisitiva de bienes y servicios de salud.

En tales casos, las necesidades de atención médica se ven siempre influenciadas por la oferta, que, como componente de la sociedad de consumo, utiliza todos los medios posibles para incrementar las expectativas y exigencias en la cantidad y calidad de la necesidad de bienes y servicios sanitarios por parte de la comunidad.

Poniendo a su servicio todos los factores imaginables, los distintos componentes de la oferta despliegan su poder de seducción, logrando generar niveles ilimitados de necesidad de atención médica, sin reparar excesivamente en la eficiencia de tales bienes y servicios, recordando y, también, demostrando que al menos hasta hoy, en esta sociedad de competencia, esa necesidad médica parece imposible de ser saturada.

Por el contrario, todas sus técnicas y artes de persuasión y de penetración sobre las expectativas de la población la han llevado a forjar la idea de que la necesidad de bienes y servicios médicos crece decididamente a medida que se la satisface, y cuanto más exquisita resulta esa necesidad, cuanto más se logró complejizar, mayor es la posibilidad de generar nuevas necesidades. Aun necesidades sin justificativos o sin demostraciones científicas de eficacia. También, igual que en todos los mecanismos de la sociedad de consumo de las que forman parte, las necesidades pueden generarse desde la oferta, desde el nivel y los requerimientos de las fuerzas productivas de tales bienes y servicios de atención médica.

Es conveniente reparar un instante en la composición de esas fuerzas productivas, con especialización en bienes y servicios sanitarios. Solo para entender que sus mecanismos de expansión reconocen multitudes de vías y modalidades, que van desde la producción de los bienes y servicios, pasando por los sistemas de comercialización, de publicidad y distribución como por los agentes encargados de tales

pasos, y comprobar que sus compromisos básicos se conectan con la expansión y el crecimiento acelerado de los beneficios. También se incluyen entre sus componentes las escuelas de medicina que forman el recurso humano perfectamente adaptado a estos requisitos de la gran industria de la salud; los congresos denominados médico-científicos, que cada vez más se transforman en los escaparates de penetración y ventas de los nuevos equipos y productos. Solo hace falta participar en cualquier evento internacional de esta naturaleza para comprobar su transformación en *un mercado persa* de esas mercaderías, y sus exposiciones y trabajos científicos en las nuevas fórmulas de la publicidad de venta, tecnificada y perfeccionada, para el éxito de ese consumo sanitario que han desarrollado los integrantes de la industria de la salud, particularmente las multinacionales de los productos farmacéuticos, las de las innovaciones tecnológicas y ahora, últimamente, las grandes compañías financieras que están vendiendo sus organizaciones de seguros médicos privados.

Esas fuerzas productivas, decíamos, han logrado desde hace mucho tiempo, convertir las escuelas de medicina en una parte significativa de sus engranajes. Las han integrado para producir un insumo de importancia para el producto global del sector sanitario. Ese insumo, que aparece como el recurso humano de ese sector, constituye una pieza utilizable para el éxito de la empresa lucrativa que constituye la producción sanitaria. El médico es un insumo más de este producto de la atención de la salud en la sociedad competitiva.

Su papel, la trascendencia de sus prácticas y prestaciones, como de su enfoque de la salud y la enfermedad, tiene que ver con las fuerzas productivas que le dan origen y es por ello que su ámbito de acción, su consultorio o el hospital se han transformado en parte del campo de batalla, donde esa industria sanitaria prosigue su tarea de formación y persuasión de los médicos para que su calidad de insumo del producto final esté acorde con los requerimientos y necesidades de tales fuerzas productivas.

Hasta allí llegan la industria farmacéutica, los productores de instrumentos y equipamiento sanitario, como los dueños de los sistemas de seguros privados, para ratificar su condición de modeladores de la profesión médica y, con su prédica y persuasión, ratificar la condición de insumo que el médico compone en este negocio de la atención de la salud.

Esta ratificación sigue para que la profesión médica actúe conforme los requerimientos de la gran industria de la salud y produzca a su vez aquellos estímulos que sean necesarios para generar en la población la cantidad y calidad de las necesidades de atención médica que esa industria exige para seguir acrecentando sus niveles de ganancias.

Es cierto que la necesidad de atención médica tiene que ver con la inserción social del individuo o de la comunidad, pero también es cierto que en aquellos que tienen algún margen de respuesta para aumentar sus expectativas tanto en salud como en los demás bienes y servicios, estos estímulos de los que son responsables los componentes de la profesión médica son muy importantes. Aun son más importantes cuanto más elevada es la posición del individuo consumidor en la escala social.

El médico, que resulta un insumo más (Boulding, 1966) de ese producto final que es la atención de la salud, tiene un efecto multiplicador en la formación del nivel de necesidades de la población en tales bienes y servicios y ejerce ese efecto, impulsado, orientado y dirigido por la gran empresa productiva sanitaria. Cada vez más es un agente de tales fuerzas productivas y su profesión aparece sin disfraces, como una parte de ese complejo mecanismo que es la industria de la salud.

El médico forma parte de la oferta y, como tal crea, estimula y sostiene las necesidades de salud de la población, necesidades que cada vez más aparecen como ajenas al individuo que las presenta. Estas necesidades componen los programas de expansión de la oferta, que, como queda dicho, se realizan vislumbrando el aumento de los beneficios económicos para las empresas componentes del complejo productivo sanitario, que saben muy bien de las características expansibles de esas necesidades médicas en la sociedad de consumo.

Las necesidades de bienes y servicios de atención de la salud son así, especialmente acrecentadas, casi sin límites, para que de igual forma crezcan las ganancias de los poseedores de tales bienes y servicios. Se cumplen también aquí los objetivos de la sociedad de consumo, cuando de necesidades de bienes y servicios de atención de la salud se habla.

Así entonces, estas necesidades médicas son, antes que nada, producto de la trascendencia de la clase social en el esquema de la sociedad competitiva y nunca las resultantes de un requerimiento o una exigencia individual y personal. La necesidad de atención médica pierde definitivamente su concepción antropológica y se une al destino que las fuerzas productivas le han asignado a las personas, en sus intereses empresariales y de lucro constante.

Además, y como consecuencia del cumplimiento de este objetivo básico del incremento del beneficio, las necesidades de atención médica están determinadas por el peso incuestionable de la oferta de los bienes y servicios sanitarios, uno de cuyos insumos capitales, los profesionales de la salud, los médicos, ejercen un papel preponderante en la génesis, cantidad y calidad de las necesidades sanitarias, cumpliendo inexorablemente su destino, de constituyentes consientes e inconscientes de las fuerzas productivas.

Reparemos ahora un poco más en el concepto de *demanda* de atención médica.

La producción de bienes y servicios sanitarios genera su demanda-consumo, porque este es a su vez creador de la producción. Sin producción de elementos sanitarios, no hay consumo de atención médica, pero sin esta demanda-consumo no habría creación-producción porque este episodio generatriz carecería de objetivo concreto.

Solo el consumo de los bienes y servicios de atención médica, al absorber los productos que crea la producción sanitaria, otorga su sello final, porque la producción de tales bienes y servicios de atención médica no alcanza su calidad de producto como labor objetiva si no consigue cumplir con su destino, es decir con el consumo y utilización de sus objetos por el sujeto requirente.

La producción crea, así, el consumo; produce el consumo, con la producción de sus bienes y servicios. Lo hace no solamente produciendo el objeto requerido por

la demanda, sino que también le otorga el modo de consumirlo y la apetencia por dicho objeto. Es que la producción crea el consumo, la demanda de bienes y servicios sanitarios, o, lo que es más gráfico aún, el propio perfil consumidor del individuo-comunidad, demandante-consumidor, de los bienes y servicios sanitarios.

La producción sanitaria generó sus bienes y servicios, la necesidad de estos, su manera de apetecerlos y consumirlos, y de aquí el perfil, la personalidad del consumidor. Esta producción no solo elaboró un objeto para su sujeto, sino que también estructuró, esculpió un sujeto para el objeto que produjo. La producción sanitaria, como la producción general de mercancías, produce el objeto de la demanda y consumo, la manera de demandar y consumir, y también la intensidad y jerarquía de la demanda y consumo.

De igual forma, la demanda y consumo de servicios y bienes sanitarios concibe la capacidad productiva del productor estimulándolo esencialmente bajo la forma de la demanda que objetiva su necesidad, para determinar el sentido de la producción.

Dentro de esta clara interrelación que tanto importa en atención médica para comprender la intimidad del proceso de la demanda de bienes y servicios, es necesario percibir que en la relación entre el producto y su demandante se interponen complejas situaciones sociales que tienen que ver con la apropiación de tales bienes y servicios por los individuos-comunidades demandantes y necesitadas.

Esta apropiación —vale decir, la capacidad de acceder a los bienes y servicios sanitarios— no está dictada exclusivamente por la necesidad que de ellos tiene la comunidad. Tampoco está regida exclusivamente por las fórmulas de distribución e intercambio que, para llegar a ellos, se pone en marcha en una sociedad determinada. La demanda de esos bienes y servicios, que, como dice John Due, al definir la demanda individual “es una lista de las cantidades de un producto que la persona compraría ante varias posibles alternativas de precios en determinado período de tiempo” (Due, 1967, p. 73), es sin embargo el resultado de mucho más que esta sucinta definición. La demanda, tanto la distribución de esos bienes y servicios, el intercambio de estos, como su producción, se compone de elementos constitutivos de una globalidad que requieren diferenciaciones en el seno de su propia unidad. Son parte de una totalidad dinámica altamente móvil que ofrece diferenciaciones dentro del corazón mismo de su unidad.

Pero en la asignación de la calidad generadora de los demás atributos estriba la verdadera graduación de responsabilidades en este proceso de la obtención de bienes y servicios para la salud.

Es, entonces, en la visualización de la producción como factor determinante que reside la esencia causal de esta situación. La producción envuelve, sobrepasa, a los demás instantes del proceso. En ella comienza y recomienza una vez más este episodio que en la atención médica vemos culminar en la demanda-utilización de bienes y servicios sanitarios.

La producción sanitaria determina la distribución, el intercambio, el consumo de sus bienes y servicios y subordina, gesta, dirige, mejor aún, rige las relaciones recíprocas nacidas desde el momento mismo del consumo. Pero es imprescindible

reconocer esta acción recíproca a partir del elemento determinante, igual, exactamente igual que en cualquier sistema global orgánico.

Desde este enfoque, el consumo de bienes y servicios y los requerimientos de salud de los individuos y la comunidad nos dirigen, por un lado, a la producción sanitaria, a su capacidad tecnológica (fuerzas productivas) y, por el otro, a las relaciones sociales de la producción global, que signan los puestos de los individuos y las comunidades en la distribución de la riqueza y su acceso a tales bienes y servicios.

Desde este punto, la demanda y su conocimiento acabado nos lleva al conocimiento de las clases sociales una vez más.

Pero, aunque parezca redundante, es necesario ratificar conceptos, porque con ellos puede entenderse claramente el sentido de la demanda de atención médica.

También en el campo sanitario debe reconocerse la identidad entre producción y consumo, al menos por estos argumentos:

- 1) Porque se identifican, en tanto la producción genera el consumo y el consumo es esencial para la producción.
- 2) Porque se interrelacionan, porque ambas situaciones son recíprocamente necesarias y miden así su interdependencia.
- 3) En rigor, producción y consumo de bienes y servicios sanitarios no son solo idénticos o identificados en sus requerimientos, o mutaciones interdependientes, sino que cada uno de ellos es el generador del otro. Al concretarse, cada uno crea al otro o, mejor aún, se genera bajo la forma de su oponente.

El consumo de bienes y servicios sanitarios culmina el proceso de producción, cumple en su instancia final el episodio creador de la producción, no solo porque es el acto final de los productos, de la tecnología de la atención médica, sino porque el productor, la tecnología, se torna esencialmente creador a punto de partida de su consumo.

Estos atributos de identidad, interrelación y generación en torno a producción y consumo requieren un afinamiento conceptual insoslayable que ya establecimos. La actividad productora es el punto de partida de este proceso social. El consumo, la demanda de bienes y servicios de atención de la salud, es un elemento interno de la producción; resulta determinado por la producción, es un esencial momento de la producción.

Los otros momentos que se ligan con esta producción están representados por la distribución y adquisición de aquellos.

Producción, distribución, adquisición-venta y, de allí, consumo de los bienes y servicios sanitarios son todos componentes de una totalidad, que, como llevamos dicho, forman parte de una realidad que se expresa, se conjuga en su complejidad.

Este proceso está inmerso en la producción total y, como esta, genera relaciones sociales, cuya significación en el consumo de bienes y servicios para la salud nos lleva al análisis de las clases sociales.

Hablar de producción, demanda, consumo, utilización sanitaria, sin referencia a las clases sociales, puede ser apenas una pálida descripción de fenómenos, de acontecimientos, pero nunca el estudio y comprensión adecuado de estos.

La producción de los bienes y servicios sanitarios

La obtención de los bienes y servicios que requiere la atención de la salud puede ser definida o analizada a través del estudio de dos circunstancias, que están totalmente imbricadas la una en la otra, conformando un mecanismo imposible de ser disociado, sin caer en teorizaciones inútiles.

Estas circunstancias son: el trabajo propiamente dicho, para alcanzar los bienes y servicios necesarios y las relaciones bajo las cuales se desarrolla, se ejecuta, dicho trabajo. Estas relaciones incluyen los factores económicos, políticos, religiosos, culturales, en fin, relaciones sociales bajo cuya determinación se consume el proceso de trabajo para crear esos bienes y servicios sanitarios.

Comencemos con el *trabajo requerido* para crear los elementos sanitarios.

Es necesario pensar y, en consecuencia, referirse al trabajo como entidad generalizadora, dejando de lado toda determinación particular de la tarea creadora de riqueza, y entonces incluir, así, la labor material de producir un medicamento, un tomógrafo computado, una jeringa, un yeso, como un sistema de atención determinado para un paciente con infarto de miocardio en una sala de cuidados intensivos o el parto en una granja de cualquier zona rural del mundo.

Con esta generalización de la actividad creadora de los bienes y servicios sanitarios, el producto del trabajo aparece indicado en un objeto que terminará siendo un elemento de uso para la comunidad que lo necesite.

Este proceso de producción de bienes y servicios sanitarios es posible por la combinación de la labor personal de hombres para hacer medicamentos, equipos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, vacunaciones, programas de atención médica, auditorías de proceso, etc., de los objetos sobre los cuales actúa el recurso humano del sector, como ser, drogas, material electrónico, computadoras, vendas, estetoscopios, tomógrafos, acero, cables, programas de inmunizaciones, en fin, una materia prima o una materia ya elaborada y, finalmente los medios con los cuales se produjeron los bienes y servicios sanitarios que se transformarán en valores utilizables para la comunidad.

Es necesario reparar que esta combinación de factores, hombres trabajadores —tanto para el campo material como el intelectual—, objetos físicos y mentales —en definitiva, elementos de la realidad y los medios con los cuales se generan los bienes y servicios—, constituye las ecuaciones diferenciales (conforme el peso de cada integrante) con las cuales se asegura la transformación de la naturaleza y sus diversas formas en productos sanitarios, materiales, corporizados, medibles, tangibles, aun en los estrictamente intelectuales, como en la formulación de un diagnóstico o en la estrategia de una terapéutica, en productos, bienes y servicios sanitarios que la comunidad requiere.

El proceso del trabajo sanitario, de la creación de los valores utilizables para la salud del individuo y la comunidad, ha sido y es un mecanismo material, colmado por las leyes físico-químicas de la naturaleza, por la energía inigualable de la tecnología y por la inventiva profesional que reconoce también sus bases físicas, químicas y tecnológicas. El resumen de estos mecanismos permite comprobar que este trabajo sanitario es también un intercambio de elementos con la naturaleza; es, en esencia, una fuerza más de la naturaleza que se expresa como fuerza del trabajo humano para lograr esos valores sanitarios que requiere la vida del hombre.

La producción, entonces, de los bienes y servicios sanitarios se desarrolla en el campo material de sus componentes —mejor sería decirlo, dentro de condiciones materiales insustituibles—, del proceso creador de sus valores de uso. Se desecha, así, terminantemente toda interpretación metafísica, religiosa, idealista y aun antropológica del *trabajo para los bienes y servicios sanitarios*, desde el equipamiento, el remedio, la consulta o los exámenes complementarios, hasta la alta tecnología y la interpretación psicológica de la enfermedad-salud-muerte. Esta conceptualización concreta nos permite perfilar categóricamente el objeto de la producción sanitaria en toda su dimensión y, desde allí, interpretar cada creación, cada producto, cada indicación como una forma de existencia material, concreta, que debe ser analizada y apoyada, atacada, transformada, como tal.

Al pensarlo así, al entender esos valores, el producto sanitario, como una realidad material de la producción, se originan, se crean, nuevos enfoques operatorios que permiten una mayor accesibilidad para su disposición a favor de las comunidades. Al menos se los desmitifica, y eso es también parte de la transformación exigida.

Caemos ahora en la necesidad de estudiar el segundo aspecto en la creación de bienes y servicios sanitarios. Es el que se refiere a las *condiciones sociales* del proceso de producción de tales bienes y servicios.

Condiciones sociales del proceso de producción

Una vez que hemos esclarecido la condición material que asume la producción de los bienes y servicios requeridos para la atención de la salud, dentro de la cual se ha reafirmado la relación que el hombre tiene con la naturaleza, ahora es el momento de comprender las condiciones sociales que se generan y entrelazan en el proceso mismo de la producción de esos bienes y servicios sanitarios.

El proceso del trabajo que hemos analizado es el generador de los bienes y servicios sanitarios. En él se descubre con claridad, en estos tiempos ya sin dudas, que la incorporación masiva y acelerada de las tecnologías ha determinado una forma de producción para esos bienes y servicios, que categoriza, sella, esta actividad y gobierna el nivel de productividad de este proceso.

Se insiste en el significado de la incorporación de la tecnología al proceso de producción de bienes y servicios sanitarios, porque ello, mejor que ninguna otra situación, capta integralmente las condiciones sociales en las que se genera tal

producción, vale decir la manera en que se interrelacionan los elementos que hemos indicado como componentes o protagonistas de la producción sanitaria.

Estas condiciones sociales, esta fórmula de interrelación de los protagonistas (hombre, objetos e instrumentos), son fundamentales en la atención de la salud porque ubican con mayor precisión y sentido globalizador a dicha producción.

De igual forma, al comprender la existencia de esas interrelaciones de los agentes o protagonistas de la producción, se concluye con la simple y superficial interpretación (aunque interesada y aviesa) que señala que la producción de bienes y servicios sanitarios se reduce al entendimiento de las relaciones humanas que la envuelven, a la exclusiva vinculación entre médicos y pacientes: entre productores de bienes y servicios sanitarios y consumidores o demandantes de estos. En fin, la producción de bienes y servicios sanitarios se reduce solo a ligazones subjetivas entre seres humanos.

Estas ligazones que hacen observar el proceso de producción de bienes y servicios para la atención de la salud solo desde la óptica idealista, que ahora suele escudarse en la llamada *concepción humanista* de la actividad sanitaria, repara esencialmente en valores como generosidad, altruismo, sacerdocio, reconocimiento, satisfacción, Insatisfacción, etc.

Pero las relaciones sociales del proceso de producción sanitaria no solo comprenden a los hombres que participan en ella, sino que (y esto es fundamental) también reconocen, individualizan, descubren las interrelaciones específicas de todos los agentes del proceso de la producción (hombres, objetos, instrumentos) y las condiciones concretas en las que se instrumenta dicha producción.

Esta vinculación entrelazada, a la que nos referimos como acontecimiento fundamental, combina las relaciones entre los hombres participantes en el proceso de producción de bienes y servicios sanitarios y las cosas, los objetos, instrumentos, organismos, etc., que son parte del proceso productivo. Por tal relación surgen las condiciones en las que se envuelven en cada época las situaciones de producción.

En nuestro caso, es necesario entender las posibles combinaciones sociales que se establecen entre los hombres como fuerza del trabajo requerida para generar los bienes y servicios sanitarios y como poseedores de los medios e instrumentos para ello; las organizaciones, en fin, las herramientas para esa forma de producción. Quizá para dejar claro este aspecto, que en atención de la salud resulta esencial, como lo dejamos dicho, convendrá referirnos a un ejemplo concreto en esto de dejar definidos a los integrantes, a los agentes de la producción y a estas relaciones sociales, que clasificamos como básicas para nuestra conceptualización en el sector sanitario.

Delimitamos, entonces, algunos de los componentes de la producción de medicamentos y de su utilización, descubriendo también algunas de las relaciones sociales o, mejor decir, la relación social bajo la cual se produce su participación en la atención de la salud. Lo haremos simplificando al máximo su descripción y solo para ver con este ejemplo concreto los elementos intervinientes y las fuerzas que los interrelacionan.

Comencemos por la fuerza del trabajo, es decir por los componentes del sistema farmacéutico que generan los medicamentos.

Allí podemos enumerar: el personal de fabricación, compuesto por profesionales universitarios, técnicos auxiliares, supervisores, obreros; el personal del control de calidad, el de empaque y distribución; el de promoción y ventas, como por ejemplo el visitador médico, el comercializador; el profesional, generalmente médico, que concibe, programa y ejecuta la propaganda del producto; el personal de administración y el de investigación y desarrollo de nuevos productos. Agreguemos a los asistentes, ayudantes y personal no calificado de la industria farmacéutica y tendremos así un esquema sintetizado de la fuerza del trabajo para esa rama de la producción de bienes sanitarios.

Miremos ahora los objetos de la producción. La enumeración, también restringida, puede incluir materias primas, las drogas básicas, componentes activos y los productos intermedios, etc.

De allí nos importan los instrumentos con los cuales se llega al medicamento final. Se incorporan, entonces, al listado precedente, las maquinarias, los procesos químico-farmacéuticos que las hacen posibles, las patentes, *royalties*, el precio de venta, etc.

En el otro extremo de la producción aparece la demanda del producto, que, como hemos dicho, constituye un eslabón de la cadena productiva. Allí se señala al médico que receta y al paciente que compra como elementos finales de tal cadena. El primero como agente promocional clave en la distribución y venta del producto final, el segundo como contribuyente sustancial de esta cadena, al comprar y abonar el precio que hace posible todo este andamiaje.

En el medio de este episodio final de venta y su adquisición, se deben mencionar como objetos del proceso productivo el medicamento propiamente dicho, y de él su capacidad de eficiencia, tolerancia y calidad. Como medios o instrumentos de este eslabón final, deben mencionarse la droguería, el farmacéutico (agente humano, una vez más), la farmacia, sus requerimientos, ganancias, etc., la distribución, existencia, la promoción, la publicidad, etc.

Precisamente la combinación de todos estos elementos es lo que nos conduce a reconocer las relaciones económico-sociales de la producción.

Antes de esto, se detienen gran parte (por no decir la casi totalidad) de los estudios, que, sobre bienes y servicios sanitarios y específicamente de medicamentos, ilustran el universo asistencial contemporáneo del llamado campo tradicional.

Esta combinación de las fuerzas laborales, los objetos de la producción y los instrumentos o medios productivos, es la que genera un número determinado de fórmulas sociales que constituyen las relaciones económico-sociales de las formas de producción de los bienes y servicios sanitarios.

En estas fórmulas están incorporadas las asignaciones de propiedad, la disposición de los bienes y servicios que genera la industria farmacéutica, la posibilidad de acceder a sus productos, la forma en que la comunidad los obtiene o su imposibilidad de llegar a ellos.

Con ellas, con estas maneras de propiedad, acceso, utilización, se definen las relaciones que los agentes productivos, los elementos de la producción, presentan con los productos mismos de la industria farmacéutica, y, a su vez, tales relaciones de

producción determinan las interrelaciones que estos agentes productivos tienen con cada uno de ellos. Esta combinación de los agentes productivos está en última instancia señalada por el interés económico que envuelve a dicha ligazón y, en nuestro caso, en nuestra realidad, por el intento permanente del beneficio y la renta sobre los factores indicados en el proceso productivo.

De esta manera, en el campo de los medicamentos (como en toda la producción de bienes y servicios sanitarios) dominan los fenómenos económicos, que pasan a ser preferentes en la estructura social y que ocupan un lugar determinante. Es decir, fijan, establecen, los modos de interrelación entre los agentes de producción que hemos señalado y los medios requeridos para esa producción. Entonces, y sin ambages, importan las relaciones de propiedad, posesión, disposición, distribución, de tales bienes y servicios y, en nuestro caso, de los medios para obtener los medicamentos y, en fin, los medicamentos mismos.

Aquí es donde comienzan a presionar las empresas multinacionales poseedoras de los elementos y medios para generar sus productos. Aquí es donde se perfilan las fuerzas poderosas que son dueñas de fuerzas del trabajo, objetos, materias primas, patentes, instrumentos, organizaciones...

Ellas, sostenidas y proyectadas por las energías económico-financieras del mundo, como la banca Morgan, la Rockefeller y otras similares, construyen las normas y reglas con las que se mueve gran parte de la terapéutica universal, sin que ello quiera significar que aparecen individualizadas, con nombre y apellido, como los responsables del proceso de la atención médica.

Tampoco ellas forman parte del concepto individualizado de las relaciones socioeconómicas de la producción. Es necesario ser exigentes en este punto. Estas relaciones sociales de la producción, como ya ha sido demostrado y reiteradamente expresado, no son reducibles a situaciones objetivas, humanas, propias de los seres que forman parte, una esencial parte del proceso.

Esta idea de las relaciones de producción, también en el área de los medicamentos, y aunque se visualice tan claramente a las empresas multinacionales en la generación de los productos farmacéuticos, obliga a seguir pensando en el criterio del modo de producción. Esto es pensar en las condiciones materiales en que se producen los medicamentos y las situaciones de propiedad: distribución, costo, acceso, utilización de los individuos y la comunidad.

En consecuencia, al ver a las multinacionales del medicamento, el ejemplo nos sirve para comprender que, en todos los casos de los bienes y servicios sanitarios, en nuestro mundo, el concepto que expresa el acontecimiento de las relaciones sociales está dado por la apropiación del valor excedente del costo económico y aun social del producto. Pero es necesario agregar que se trata de esa apropiación, solo posible por la existencia de una combinación, de una interrelación compleja adherida al sistema mismo de producción de los medicamentos o de los bienes y servicios sanitarios que se proyecta sobre la actualidad y su futuro, determinando como norma de su estructura la realidad económica total.

En nuestra sociedad, la producción de medicamentos, como la de los bienes y servicios sanitarios y la de los demás bienes y servicios, genera determinadas relaciones

sociales, que son las que determinan el sentido y la capacidad de utilización, como la eficacia y posibilidad de los medios sanitarios sobre la salud.

Cada componente del sistema está determinado por esas relaciones sociales de la producción, y también en atención médica sus causas, intensidad y perspectiva de vida se impregnan de sus matices e indicaciones determinantes.

Estas relaciones socioeconómicas que entran las posibilidades productivas de la industria farmacéutica, a la que hemos tomado como un simple ejemplo (los demás sectores productivos sanitarios son similares y aun idénticos), permiten categorizar el desempeño de tal industria. Seguramente que volveremos con más detalle sobre ella, pero ahora, a los efectos de culminar este razonamiento, es necesario detenerse en tales atributos de la industria farmacéutica:

- 1) Rama industrial de muy poca intensidad en el uso de mano de obra; utilización preferencial de personal calificado.
- 2) Entre las industrias de transformación, es una de las más marcadamente multinacionales.
- 3) Más del 80% de las empresas estadounidenses de la industria farmacéutica ha tenido operaciones con el exterior, teniendo más de un tercio de sus activos localizados en otros países.
- 4) La industria farmacéutica estadounidense es la rama industrial de ese país que más subsidiarios tiene en el extranjero.
- 5) Alto grado de concentración monopólica.
- 6) Uso de tecnología, *royalties*, patentes y prácticas de mercado restrictivas. Discriminación de precios con clara utilización de precios contables.
- 7) Mecanismos de generación y apropiación de rentas monopólicas (operaciones intracorporación multinacional).
- 8) Sobrepuestos exagerados en los productos que importan las subsidiarias de sus empresas madres.
- 9) El propio presidente de la Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos de EEUU decía que *royalties, honorarios, ganancias repartidas, exceden sustancialmente los dólares del capital invertido en el exterior...* De allí que el establecimiento de la industria farmacéutica en el exterior sea una importación significativa de capitales de los países dependientes y no una exportación desde EEUU.
- 10) Agresiva y hasta irracional promoción de medicamentos, a menudo ineficaces o de eficacia no demostrada.
- 11) La industria farmacéutica de EEUU dispone por los menos de 25.000 diferentes drogas y fórmulas terapéuticas para el mercado nacional e internacional. Más del 20% del total de las ventas alcanzan los gastos de promoción de la industria estadounidense.
- 12) Entre los años 1963 y 1976, que han sido estudiados en términos de ganancias, la industria farmacéutica de EEUU aparece en el *ranking* de todas las industrias, primera en siete años, segunda en cuatro años, tercera en dos años y cuarta en un año.

- 13) En 12 de estos catorce años analizados, las ganancias fueron por lo menos un 45% más altas que el promedio de las 500 empresas más importantes del país.
- 14) Más de una empresa americana de productos farmacéuticos obtiene más del 50% de su ganancia anual en los negocios que realiza en el exterior, especialmente en América Latina.
- 15) El camino de la concentración monopólica se transita con la absorción de empresas, adquisiciones totales o parciales e inclusive diversificación de la producción.
- 16) Todos los mecanismos comerciales y extracomerciales son útiles para preservar y acrecentar el nivel de crecimiento y preponderancia de la industria farmacéutica.
- 17) Importantes pagos extralegales realizan las empresas estadounidenses a funcionarios de gobiernos extranjeros para *agilizar y promover sus drogas y negocios farmacéuticos*.
- 18) Estrecha vinculación de la industria farmacéutica con el sector financiero.
- 19) En EEUU la banca Morgan está ligada a Merck y SmithKline and French, Norther Trust Company a Abbot y Searle, Chemical Bank a Bristol Myer y a Eli Lilly, y la banca Rockefeller a otras numerosas empresas farmacéuticas estadounidenses.

En esta síntesis de la empresa farmacéutica se expresan claramente las condiciones que rigen a la sociedad competitiva que nace de determinadas relaciones sociales. El sistema de producción de bienes y servicios sanitarios también define esas relaciones.

Vayamos ahora a la *utilización o demanda* de los bienes y servicios sanitarios.

Ya habíamos pensado anteriormente que la utilización, el consumo de los bienes y servicios sanitarios, constituye un instante de la producción de tales bienes y servicios.

Digamos ahora que las necesidades de bienes y servicios sanitarios que desempeñan un papel conductor de nuestra sociedad son aquellas que pueden ser económicamente resueltas y, por lo tanto, poco es lo que tienen que entenderse con el significado de la naturaleza humana de sus requirentes, si no totalmente con su capacidad, por sí o por los sistemas alternativos, para solventar estos bienes y servicios (ingresos, salarios, clases sociales) y las capacidades técnicas de la producción para ofrecer tales bienes y servicios (fuerzas productivas).

De aquí, entonces, que sea solo una engañosa posición teórica partir de los individuos sanos-enfermos para explicarnos el contenido y la calidad de sus necesidades en salud, de la utilización de tales bienes y servicios, de sus valores y sus objetivos vitales.

Desprovisto de un conocimiento científico de la relación interna que dinamiza a las estructuras sociales que intervienen en el proceso de producción-demanda de los bienes y servicios requeridos para la atención de la salud, el médico, el sanitarista, no obtendrá en sus análisis otra cosa que un conocimiento estadístico, descriptivo, de las preferencias y posibilidades individuales, que aparecen, así, como una especial situación de gustos, exigencias, cuya racionalidad ni siquiera aparece planteada.

En la realidad es necesario reparar, al estudiar el comportamiento en la producción y consumo de los bienes y servicios sanitarios, en el comportamiento de las estructuras económico-sociales y sus relaciones, tanto para ese consumo como para la creación de esos bienes y servicios. En nuestro medio, al menos con la presencia de la producción mercantil de esos bienes y servicios sanitarios, de sus precios y, en fin, de los diferentes estratos sociales que pueden necesitarlos, demandarlos y utilizarlos, se expresan los entramados básicos del sistema y, en definitiva, se perfila nítidamente aquel principio esencial de la maximización de la utilidad. También la actividad sanitaria, en cuanto producción, distribución, demanda y utilización, está orientada hacia un fin, el fin que hace a la esencia y existencia del sistema competitivo.

En la realización cotidiana, aunque en casi todas las relaciones y análisis se parte de los pacientes, de sus requerimientos y necesidades, hasta hace poco denominada la revolución contemporánea de las expectativas, implícitamente la referencia profunda se dirige a la estructura social de la competencia para el lucro y el crecimiento, que debe ser su consecuencia, en la que se desarrolla el quehacer de la atención médica.

El paciente, aquel de síntomas, enfermedades, discapacidades y salud-muerte, acompañado por esperanzas, formalidades, apetencias, rechazos, en fin, por su carga psicológica y social, solo podrá estar adecuadamente enfocado en el análisis respectivo de demanda-utilización si en él se personifican las funciones y estructuras sociales que intervienen en esta sociedad.

Tanto el enfermo como el médico o el productor de bienes sanitarios, el farmacéutico, o el industrial de productos farmacéuticos solo importan como personas si las enfocamos como personificación de categorías económicas, como ejemplares representativos de determinados intereses y expresiones de claras y terminantes relaciones de clases sociales.

En atención de la salud, como en otros campos de la actividad económico-social, no puede hacerse a la persona, al individuo (al médico, enfermo, empresario sanitario) responsable de la existencia de circunstancias en las que él es socialmente una consecuencia y no su creador o generador, aunque subjetivamente pueda aparecer (y es fácil suponerlo) por encima de ellas.

Por lo que llevamos dicho, en la utilización de bienes y servicios sanitarios importa entonces:

- a) Que la demanda es un momento de la producción.
- b) Que en las necesidades de esos bienes y servicios solo interesan aquellos elementos que pueden ser económicamente resueltos.
- c) Que realizar un enfoque *humanista*, antropológico, de la demanda, es solo una engañosa posición teórica.
- d) Que, en nuestro medio, producción y consumo de bienes y servicios sanitarios expresan el entramado básico del sistema competitivo y lucrativo y su principio esencial de maximizar dicha ganancia.
- e) Que paciente-médico-productor de bienes y servicios sanitarios deben ser enfocados como personificaciones de las funciones y de las estructuras sociales que intervienen en el campo de la atención de la salud y no como sus responsables.

Afinaciones empíricas para las mediciones

Así como el indicador mortalidad general resulta una inadecuada expresión del estado de salud de una población y solo tiene una reducida ponderación como tal, que obliga a reconocerlo con otras consideraciones con mayor sentido estructural para darle expresividad y contenido, también las medidas frecuentemente utilizadas para expresar la demanda-utilización son pobres definiciones sobre el acceso a los bienes y servicios de la atención de la salud.

Así, los indicadores brutos de consultas por persona y edad o los egresos por 100.000 habitantes, y aun con referencias a variables como ingresos, ocupación, educación, etc., constituyen hoy elementos de poca sensibilidad para ofrecer criterios más cercanos a la realidad de esas demandas-utilizaciones.

Al menos ha parecido imprescindible reconocer que tales indicadores deberían estar referidos, cuando menos, a las auténticas necesidades de la población y sus grupos sociales.

En realidad, es fácil comprender que, por ejemplo, la cifra de 5,4 consultas por año de los estadounidenses clasificados como la población de bajos ingresos (NC HS) puede ser considerada inferior como respuesta del sistema de salud a las 4,9 consultas que muestran los grupos de altos ingresos. Las necesidades seguramente son diferentes entre ambos grupos.

Una medida de tales necesidades puede desprenderse de algunas de las condiciones de incapacidad que limitan la vida social de los individuos en ese país. Con información del propio National Center of Health Statistics, puede comprobarse en estos casos (Wilson & White, p. 1977):

- a) Número de días de actividad restringida por persona y año, por pobreza y no pobreza y raza. EEUU, 1964 y 1973.

Años	Total		Blancos		No blancos	
	Pobreza	No pobreza	Pobreza	No pobreza	Pobreza	No pobreza
1964	24,6	14,1	26,0	14,3	20,5	11,7
1973	26,7	13,5	26,9	13,5	26,1	13,5

- b) Ídem días perdidos en el trabajo

Años	Total		Blancos		No blancos	
	Pobreza	No pobreza	Pobres	No pobreza	Pobreza	No pobreza
1964	7,3	5,2	6,9	5,1	8,3	6,4
1973	6,8	5,3	6,5	5,1	8,2	6,6

c) Ídem días de escuela perdidos

Años	Total		Blancos		No blancos	
	Pobreza	No pobreza	Pobres	No pobreza	Pobreza	No pobreza
1964	4,5	5,1	4,4	5,3	4,6	3,6
1973	6,7	4,7	7,3	4,8	5,8	3,7

Otros trabajos ratifican estos indicadores y, al referirse a situaciones regionales, otorgan aun mayor precisión a estas limitaciones y estados de necesidad de atención de la salud, que hacen más vulnerables a los grupos de bajos ingresos y exageran sus requerimientos medidos en la demanda de bienes y servicios sanitarios.

Así, en Los Ángeles recientemente se ha evidenciado esta situación (Marcus *et al.*, 1980).

Ingresos (en dólares)	Estado de Salud			
	Enfermedad crónica	En trat. c/med.	Reduc. activa	Días en cama
0 – 8.000	54,2	51,1	33,0	29,0
8.000 – 14.999	39,1	33,7	21,3	15,4
15.000 y más	40,7	42,3	23,0	20,6

En comunidad rural la situación no es muy diferente (Greene *et al.*, 1978).

Ingresos (en dólares)	Condición crónica seria		Limitación de actividad	
	Blancos	Negros	Blancos	Negros
0 – 4.000	56,9	29,9	60,6	32,8
4.000 – 7.999	30,8	17,7	31,1	16,6
8.000 – 11.999	23,7	16,7	21,9	17,9
12.000 y más	23,8	8,1	19,3	10,8
Total	31,6	20,6	31,2	21,6

Es por ello que resulta de interés la aplicación de un indicador de accesibilidad a la atención médica que entrelace las tasas de utilización médica con los indicadores de necesidad de bienes y servicios sanitarios.

Ese indicador relaciona el promedio de consultas médicas (pueden ser también egresos, medicamentos, laboratorios, etc.) en un tiempo determinado, con el promedio de días de incapacidad que en ese mismo tiempo tiene ese individuo o comunidad estudiada (Andersen, 1978; Aday, 1975, 1976; Fox & Bice, 1976).

Obsérvese ahora el indicador de consultas según los días de incapacidad, tanto en la medición del National Center of Health Statistics como el del Center for Health Administration Studies.

Consultas médicas por 100 días de incapacidad por nivel de ingresos. EEUU:

Fuente	Nivel de ingresos	Consultas médicas por 100 días de incapacidad		
		1963	1970	1974-1976
National Center of Health Statistics	Bajo	19	22	20
	Medio	30	35	31
	Alto	36	42	39
	Total	28	32	39
Center for Health Administration Studies-NORC ajustado por sexo y edad	Bajo	40	28	33
	Medio	66	37	41
	Alto	79	54	46
	Total	56	37	38

Los niveles de bajos ingresos tienen, así, menor accesibilidad a las consultas médicas con relación a su grado de incapacidad, es decir el sistema sanitario les permite menor número de respuestas positivas que a los grupos de niveles altos de ingresos, cuando se toma en cuenta sus necesidades de tales bienes y servicios.

Se le imputa a este indicador, que relaciona utilización e incapacidad, limitaciones que son ciertas. Está claro que provee información sobre el uso de bienes y servicios sanitarios según la percepción de necesidades de salud que tiene la población, pero así y todo no permite determinar si tales niveles de utilización o de accesibilidad al sistema son apropiados.

De todas formas, este indicador ha brindado una mayor precisión sobre demanda de servicios y particularmente sobre el impacto de los ingresos ante tales requerimientos. Si se quiere, ha puesto un acento técnico-científico sobre una hipótesis de carencia de accesibilidad sanitaria para los desposeídos. Eso ya lo demostraba desde siempre la realidad cotidiana y desgarrante, especialmente cuanto mayor es la desheredad o más abajo se halla la población en la escala social. Pero a veces parece necesario hallar el respaldo tecnocrático para una verdad de a puño, y este artificio estadístico ha venido en tal ayuda.

Asimismo, para responder a esas críticas sobre las limitaciones de propiedad a este indicador, se está utilizando ahora un complemento de este con el estudio de la relación síntomas/respuesta del sistema (Andersen, 1978).

Esta relación S/R se elabora utilizando un listado de 15 síntomas específicos por los cuales se interroga a la población en cuanto a si los ha padecido y su conducta frente a la demanda de bienes y servicios sanitarios.

Al mismo tiempo, se construye con el consenso médico el porcentaje de población que debería ver al servicio sanitario por tales síntomas, y entonces la relación S/ R se basa en definitiva en la diferencia entre el número de síntomas por los cuales se consulta al médico y la estimación consensual del número de personas con síntomas que deberían ver al médico, referido a las consultas realizadas. Obsérvese ahora este indicador también para EEUU.: indicador Síntomas/Respuesta según nivel de ingresos. EEUU:

Fuente	Nivel de ingresos	Relación síntoma/respuesta		
		1963	1970	1976
Center for Health Administration Studies-NORC ajustado por sexo y edad	Bajo	-19,4	-1,5	4,2
	Medio	-2,8	-2,9	3,8
	Alto	8,0	10,6	7,0
	Total	-4,3	1,1	5,1

Estas cifras sugieren que los estadounidenses que pertenecen a los niveles bajos de ingresos han logrado una respuesta para sus síntomas de enfermedad a través del tiempo, pero, al igual que con los niveles del indicador Utilización/Incapacidad, los pobres siguen estando en una posición más desfavorable que los de los niveles de ingresos altos. Tales dos indicadores ponen un poco de claridad con respecto al más general y simple indicador de Consulta/Persona/Año.

Sin embargo, no resulta difícil aceptar y comprender las críticas y limitaciones que ambos indicadores en reciente uso presentan, tanto por la incapacidad de incorporar las necesidades de acciones preventivas de salud como la de consultas de seguimiento en un mismo episodio de enfermedad, o las dificultades de recolección de la información que se acarrean para comunidades sin el desarrollo estadístico y de investigaciones sociales de los países desarrollados. Asimismo, como todo indicador, solo repara en aspectos restringidos y frecuentemente unilaterales de la realidad social.

Por otro lado, es conveniente reparar que estas afinaciones recientes sobre las mediciones cuantitativas de la demanda-utilización siguen empeñando sus hallazgos en torno a una realidad socio-sanitaria que solo aparece definida por variables cuantitativas que tienen el margen de error que ya se ha señalado cuando se olvida la categoría esencial para el proceso salud-enfermedad.

Resulta plausible que aparezcan estas afinaciones para con los indicadores del consumo-utilización, porque en estos casos se ha podido demostrar más certeramente el papel que la participación en el producto social tiene en esos requerimientos para la atención de la salud, pero siguen teniendo el grave error y peligro, al mismo tiempo, de hacer creer a sus autores que modificando tales escalas de ingresos, desarrollando un poco más de justicia distributiva, se alcanzarán óptimas condiciones de demanda-utilización.

Esto sigue ocultando la estructura determinante que impulsa el proceso histórico social de la salud-enfermedad.

Por otro lado, y esto ya es definitivo para el sector sanitario y la seriedad de sus proyecciones, ya no son necesarios más estudios para enmarcar la realidad, ahora es tiempo de transformarla.

La tecnología médica

Para nuestro mundo, la esencia del dominio dentro de la sociedad competitiva está hoy sostenida por el dinamismo de la tecnología.

El sistema aquí imperante genera incrementos sin precedentes en la historia reciente, en cuanto a la productividad económica, técnica y científica. La confluencia del sistema productivo hacia el crecimiento tecnológico constituye una de las características —o, si se quiere, la característica predominante— de la sociedad competitiva.

Para comprender en profundidad el significado del desarrollo tecnológico tanto en la sociedad global como en aplicación en la medicina es necesario tratar a la técnica y sus conquistas como cualquier otra actividad económica.

En consecuencia, y dentro del universo en el cual nos movemos, la tecnología está influenciada —cuando no determinada— por las fuerzas que le dan origen o por los fenómenos que la condicionan.

De esa manera, es cierto el enfoque de numerosos autores, que descubren una gran correlación entre los inventos tecnológicos para determinada rama de una actividad y el volumen de ventas de bienes y servicios de esa actividad, o entre las expectativas referidas a las retribuciones económicas que se expresan en la ampliación de la demanda, el incremento del mercado interno o externo, y, en fin, la acentuación de la capacidad lucrativa del desarrollo tecnológico obtenido (Schmookler, 1966, p. 177).

Es posible y hasta prudente aceptar que todos estos avances tecnológicos, determinados y hasta generados por “fuerzas y motivos económicos de modo inevitable”, no han actuado dentro de un espacio histórico vacío, sino dentro de cambiantes límites y restricciones de conocimientos científicos (Rosenberg, 1979, p. 295).

Es también apropiado agregar que, inclusive, tales límites y restricciones científicas tienen además que ver con el planteo primario y básico de la cuestión económica.

Pero comencemos con el origen, es decir, con la palabra.

Entonces pensemos en la voz griega que habla de *tékhné*, vale decir, en un singular modo de hacer o de un saber hacer, sabiendo qué se hace y por qué se hace eso que se hace. Más concisamente, un saber hacer según el *qué* y el *porqué* (Lain, 1964, p. 50).

De esta interpretación surge que la *tekhné* (arte u oficio) es un paso más adelante de la simple o compleja experiencia práctica, con la ciencia adecuada. Nada más que la combinación de dos formas del conocimiento (Aristóteles, 1977).

Avanzando tan aceleradamente como la tecnología L. Winner, un inteligente universitario de Berkeley, en su contribución para el Instituto de Tecnología de Massachusetts, decía que la palabra “tecnología” en la actualidad es utilizada “para referirse a un conjunto increíblemente variado de fenómenos: herramientas, instrumentos, máquinas, organizaciones, métodos, técnicas, sistemas y la totalidad de todas estas cosas y otras similares en nuestra experiencia” (Winner, s/f, p. 19).

Además, refería que en el Webster’s Second International de 1909 la palabra “tecnología” era asimilada a *ciencia industrial, la ciencia o conocimiento sistemático de las artes industriales, especialmente de las manufacturas más importantes*. Pero un poco más de medio siglo después, en el mismo Webster’s International, ahora en la tercera interpretación, la tecnología se convierte en *la totalidad de medios empleados por un pueblo para proveerse de los objetos de la cultura material*.

Por ese mismo tiempo, la década de 1960, un importante estudioso de los problemas de la tecnología interpreta como tal a la totalidad de los métodos a los que se llega racionalmente y que tienen una eficacia absoluta, para un tiempo y una forma de desarrollo determinado, en cualquiera de las áreas de la actividad comunitaria (Ellul, 1960, p. 25).

Claro que tal aproximación al contenido exacto del término está más cerca de su valor interpretativo, en tanto incorpora la idea de racionalidad, pero queda por definir claramente el concepto de eficacia absoluta.

En tal idea de racionalidad deben incluirse todas las apreciaciones que unifiquen la sumatoria de la conducta social tendiente a lograr finalidades coherentes entre sí, con la utilización de medios apropiados a tales objetivos.

Esta racionalidad plantea también la segunda variable, es decir la de la eficacia absoluta, porque sólo serán racionales los métodos que se utilicen para lograr estructuras técnicas que sean eficientes y permitan una justa adjudicación de sus logros.

Con la eficiencia nos remitimos al seno mismo de la producción, vale decir al dominio que ejerce el hombre y su comunidad sobre la naturaleza y sus combinaciones y modificaciones.

En cambio, con la justa adjudicación de sus logros, le damos contenido a la idea globalizadora de *la eficacia absoluta* y nos permite introducir en el campo de los resultados de la tecnología el insoslayable problema de las relaciones sociales de los componentes de la comunidad entre sí, para el acceso a los recursos y al producto social.

Una vez más, también al entender de la tecnología, ha sido necesario volver a las fuerzas productivas y a las relaciones sociales que ellas determinan, y precisamente por eso, la tecnología se ubica en el eje central de nuestra vida cotidiana.

Entonces, la noción de eficiencia absoluta así entendida para la tecnología, nos pone en la alternativa de comprensión más profunda de sus alcances y valores, así como de entender las posibilidades de maximizar sus resultados para con la comunidad, en tanto se comprendan las transformaciones sociales, económicas, que se imponen para, racionalmente, conducir tales fuerzas productivas y las relaciones sociales que de ellas surgen.

Pero es evidente también que, al volver a la comprensión de tales conceptos de fuerzas productivas y relaciones sociales a que da lugar su combinatoria, esto nos lleva rápidamente a aceptar que no existe una exclusiva y puntual racionalidad y/o eficacia absoluta tecnológica más abarcativa, que sí tiene la decidida dimensión de lo social e histórico. Aquí precisamente se ubica la idea actual de la tecnología.

Miremos ahora, poniendo un suspenso temporario para la interpretación honda de la tecnología, la palabra en su acepción médica. También la voráGINE de sus logros y expectativas pueden envolvernos cuando, aún en el silencio de la reflexión, pensemos en las terapias intensivas, la neonatología, la diálisis renal, la bomba corazón-pulmón, los aceleradores lineales, las cámaras gamma, la tomografía computada, los computadores en el diagnóstico y tratamiento, la ingeniería genética, etc.

Esa voráGINE —llamémosle también admiración y, si se quiere, sorpresa, estupor, pero especialmente admiración frente a las perspectivas del futuro— no representará una amenaza, si es posible construir una sociedad en la que las decisiones y las especulaciones prospectivas pertenezcan decididamente a los componentes de la comunidad, es decir, más allá de los intereses que rigen nuestra sociedad competitiva.

Volvamos a la definición del término *tecnología médica*.

Para ello, quizá nos sirva la delimitación que hace de esta palabra el Congreso de los Estados Unidos, a través de la Office of Technology Assessment, cuando expresa que deben incluirse en tal entendimiento “las drogas, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica, así como la organización y los sistemas de apoyo dentro del cual esa atención médica se realiza” (Congress of the United States, 1978).

Esta definición, como se ve, aporta específicamente dos campos de análisis para la tecnología. El primero, referido al equipamiento e instrumental para la práctica profesional, y el segundo, en lo referente a procedimientos y elementos organizativos que hacen posible la atención médica actual.

En cuanto al equipamiento e instrumental médico, la tecnología ha incorporado en los tiempos que siguen a la Segunda Guerra Mundial un arsenal operativo que impulsa el ejercicio de una nueva y distinta práctica médica.

Para ese ejercicio, los sistemas organizativos, financieros y de contralor de la atención médica también han introducido variantes particularmente en la faz económica del sistema (seguridad social, prepagos) que permiten buscar respuestas prácticas para los avances tecnológicos del sector instrumental y construir sus propios aportes para acompañar el proceso, generando sus específicos desarrollos técnicos.

De todas maneras, esta definición de tecnología solo tiene el valor de haber enumerado los componentes concretos que operativamente se ordenan en su ejercicio.

Pero no es más que eso, una simple definición descriptiva que no aventura posiciones frente al uso racional de tales componentes ni mucho menos frente a la fórmula de empleo de estos recursos productivos de bienes y servicios sanitarios, para que, utilizados en proporciones justas y adecuadas, sean capaces de contribuir a generar más bienes y servicios sanitarios con el mínimo del riesgo y esfuerzo posibles, así como también a crear las condiciones sociales para una apropiada disposición de sus resultados.

Es necesario referir a la tecnología médica como un sector determinado por las fuerzas productivas y transformado él mismo en una fuerza productora de bienes y servicios sanitarios. Pero además es inevitable su ubicación en el seno de las relaciones sociales que construyen tales fuerzas productivas para la comunidad que nos interesa.

Con este convencimiento, así enfrentada la realidad de la tecnología médica, se disipa el frecuente punto de vista tecnocrático, el propio del tecnicismo, que se caracteriza por el examen aislado de la tecnología. La tecnocracia piensa en la tecnología como aquella fuerza que le permite establecer una lineal relación de causa a efecto, directa, hasta fija e inevitable, entre la técnica que tal aparato, droga o procedimiento produjeron y sus resultados, separándolos de toda relación con el sistema de factores sociales y las estructuras económicas donde se desarrollan.

Este encuadramiento lineal, que hizo y sigue haciendo la tecnocracia, particularmente por el impacto que ha ejercido sobre la sociedad la utilización indiscriminada de los productos tecnológicos médicos, ha obligado al planteamiento crítico de su imposición. El avance tecnológico indiscriminado, en su crecimiento por el crecimiento mismo, solo impulsado por los requerimientos ciegos de las fuerzas productivas que alientan su propio crecimiento, ya está siendo puesto en tela de juicio, y, aunque con limitaciones, no solamente técnico-científicas sino políticas, sociales y aun médicas, estos análisis críticos pueden llegar a constituir un interesante modelo de responsabilidad comunitaria, a poco que pueda cumplirse con algunos requisitos que, aunque profundos, no son imposibles de lograr.

Los análisis de costos, riesgos o seguridad, eficacia, beneficios, con referencia a la tecnología a experimentar, comienzan a ser frecuentes y ellos muestran algunos aspectos de las críticas elevadas frente a la imposición indiscriminada de los avances tecnológicos. Más adelante nos referiremos a estos análisis.

La tecnología médica en nuestro país

Para este capítulo observaremos el desarrollo de la *tecnología pesada*, vale decir, aquella de alta complejidad que requiere recurso humano intensivo, como las salas de cuidados especiales, terapia intensiva, unidades coronarias, neonatología, diálisis renal o gran inversión de capital y de recursos físicos como tomógrafos computados, cámara gamma, aceleradores lineales, ecógrafos, y que en consecuencia tienen

un peso reconocido en el costo de la atención médica y también en su incremento acelerado de los últimos años.

No hay en nuestro país en estos momentos otra información disponible que la que nos proporciona el Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud publicado en 1979 (Ministerio de Bienestar Social, 1970).

Para tener un punto de referencia global es prudente ofrecer una primera tabla que nos dé el porcentaje de los establecimientos asistenciales y camas disponibles según su dependencia administrativa.

Esta es la tabla:

Dependencia administrativa	General	
	Establecimientos asistenciales	Camas disponibles
Sector público nacional	1,3	5,5
Sector público provincial	31,5	35,5
Sector público municipal	4,3	11,0
Otras dependencias	5,5	7,4
Subtotal	42,6	59,4
Sector obras sociales	5,5	7,3
Sector privado	51,8	33,3
Total	100,0	100,0

Es decir que los establecimientos se distribuyen así:

Sector público (nacional, provincial, municipal)	42,6%
Sector obras sociales	5,5%
Sector privado	51,8%
Total	100,0%

Y las camas se distribuyen así:

Sector público (nacional, provincial, municipal)	59,1%
Sector obras sociales	7,3%
Sector privado	33,3%
Total	100,0%

Miremos ahora los porcentajes de algunos servicios por especialidades y médicos que prestan atención en dichos servicios según dependencia administrativa. Son también datos recogidos por el Catastro Nacional de Recursos y Servicios de 1979.

Dependencia administrativa	Medicina general		Cirugía general		Neonatología		Medicina nuclear		Terapia intensiva		Hemodinamia	
	Est.	Médicos	Est.	Médicos	Est.	Médicos	Est.	Médicos	Est.	Médicos	Est.	Médicos
Sector público nacional	1,2	4,4	2,6	6,3	5,0	8,1	4,9	5,2	2,6	6,4	8,4	8,5
Sector público provincial	59,0	36,1	16,7	24,3	22,8	32,1	10,6	7,8	11,5	15,9	16,9	13,6
Sector público municipal	7,7	12,3	6,7	15,8	13,4	17,7	9,8	12,6	6,1	10,4	15,2	19,3
Otras dependencias	4,1	6,3	2,8	7,6	2,5	5,5	9,8	19,7	5,7	7,8	10,1	9,6
Subtotal	72,0	59,1	28,8	54,0	43,7	63,4	35,1	45,3	25,9	40,2	50,6	51,0
Sector obras sociales	4,4	8,0	12,6	10,0	11,2	7,7	0,8	0,3	8,8	10,6	6,7	4,5
Sector privado	23,6	32,9	58,6	35,2	45,1	28,9	64,1	54,4	65,3	49,2	42,7	44,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Est. = Establecimientos asistenciales.

Este es el resumen sobre estos servicios según dependencia y aspectos destacables:

Dependencia administrativa	Medicina general		Neonatología		Medicina nuclear		Terapia intensiva	
	Est.	Médicos	Est.	Médicos	Est.	Médicos	Est.	Médicos
Sector público	72,0	59,1	43,7	63,4	35,1	45,3	25,9	40,2
Sector obras sociales	4,4	8,0	11,2	7,7	0,8	0,3	8,8	10,6
Sector privado	23,6	32,9	45,1	28,9	64,1	54,4	65,3	49,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Est. = Establecimientos asistenciales.

Los servicios de alta tecnología tienen una marcada tendencia a estar en poder de las empresas privadas de salud, cuya finalidad, entre otras, es el lucro. Casi la mitad de los servicios de neonatología y hemodinamia son privados y un poco menos de las dos terceras partes de los servicios de terapia intensiva y medicina nuclear también son privados.

En cambio, menos de un cuarto de los servicios de medicina general, evidentemente menos lucrativos, están en manos privadas.

Pongamos nuestra atención sobre algunos equipos de tecnología pesada. Se puede ver en la tabla siguiente el porcentaje del número de tales equipos, según su dependencia administrativa.

Dependencia administrativa	Diálisis renal		Autoanalizado		Cámara Gamma		Bomba cobalto		Ecógrafos		Tomografía	
	Est.	Equipos	Est.	Equipos	Est.	Equipos	Est.	Equipos	Est.	Equipos	Est.	Equipos
Sector público nacional	2,3	1,8	10,0	12,5	15,4	14,3	4,3	3,8	5,4	4,7	-	-
Sector público provincial	12,8	9,3	14,0	8,8	7,7	7,2	17,0	17,0	13,2	14,1	11,1	11,1
Sector público municipal	7,5	5,3	14,0	10,0	15,4	21,4	4,3	5,7	9,0	8,3	11,1	11,1
Otras dependencias	6,0	7,8	14,0	23,7	15,4	14,3	10,6	3,2	9,6	16,1	-	-
Subtotal	28,6	24,2	42,0	55,0	53,9	57,2	36,2	39,7	37,2	43,2	22,2	22,2
Sector obras sociales	5,2	8,9	12,0	12,5	-	-	-	-	4,2	3,6	11,1	11,1
Sector privado	66,2	66,9	36,0	32,6	46,1	42,8	63,8	60,8	58,6	53,2	66,7	66,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Est. = Establecimientos asistenciales.

Resumiendo, este es el panorama con respecto a la dotación de equipos de tecnología de alta complejidad en nuestro país, según sea su dependencia administrativa:

Dependencia administrativa	Equipos						
	Diálisis renal	Autoanalizado	Cámara Gamma	Bomba cobalto	Ecógrafos	Tomografía	
Sector público	24,2	55,0	57,2	39,7	43,2	22,2	
Sector obras sociales	8,9	12,5	-	-	3,6	11,1	
Sector privado	66,9	32,6	42,8	60,8	53,2	66,7	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Teniendo en cuenta algunas consideraciones actualizadas de funcionarios del sector oficial con respecto a la expansión de esta tecnología, las tendencias ofrecidas seguirán acentuándose y ratifican al sector privado como el poseedor de ya casi más de la mitad de la tecnología pesada y, en algunos casos, también de mayor significación técnica, de costos y, por lo tanto, de beneficios, de aún más de los dos tercios de equipos disponibles.

Para 1979 se estimaba que el monto de las importaciones anuales en equipos, instrumental médico y aparatos radiológicos y de radiaciones eran del orden de los 20 a 25 millones de dólares para nuestro país (Austi, s/f, p. 169).

Además, es conveniente tener en cuenta que la tecnología médica, en cuanto se la observa como la representante de medicamentos, equipos y procedimientos de atención de la salud, puede identificársela como uno de los factores importantes en el crecimiento de los costos de esa atención médica.

El administrador del Programa de Salud de la Oficina de Evaluación de Tecnología (OTA) del Congreso de los Estados Unidos expresaba que *“en algunos análisis económicos se ha estimado que hasta un 50% del incremento de costos de hospital en el último decenio se ha debido a la tecnología médica, la que además influye cada vez en mayor medida en el aumento del costo de los servicios de los médicos”* (Banta, 1980b, p. 157).

También en nuestro país, como en muchos otros lugares del mundo, resulta un fenómeno de clara evidencia que se está produciendo un divorcio entre el sentido solidario, benéfico y docente de los establecimientos asistenciales dedicados a satisfacer la demanda de la población, particularmente los de dependencia oficial, y aquellos otros poseedores de esta tecnología pesada. Se liga casi sin fisuras el sentido lucrativo de tales instituciones y, con ello, la afirmación ya inequívoca de que la tecnología de alta complejidad también se distribuye preferentemente en los sectores lucrativos y en la búsqueda de mayores márgenes de utilidad para tales inversiones. Por eso es que también esta tecnología se ha expandido en nuestro país conforme con la regla que indicaba el referido administrador de la OTA de EEUU, cuando pensaba que estas tecnologías se difundían más rápidamente a medida que la utilización de sus servicios estaba financiada por terceros. En nuestro medio, esta financiación la realizan las obras sociales y los sistemas de prepagos, aunque en menor dimensión.

A esta interpretación, que centra las motivaciones del crecimiento en factores económicos financieros, se le suelen oponer argumentos que se basan en la ubicación multicausal de ellos.

Lo cierto es que en buena medida, cuando enuncian algunos de los otros elementos que pueden incidir, en verdad es que su traducción o determinación económica resulta casi ineludible.

Piénsese por ejemplo en esta enumeración multicausal destinada a explicar el auge de la tecnología pesada que nos ofrece un distinguido autor nacional:

- a) la rentabilidad del equipo no explica por sí la tremenda demanda espontánea y derivada que caracteriza al último quinquenio;
- b) el sistema educacional favorece la imagen del especialista y una visión mecanicista de la medicina;
- c) la propia estructura económica del ejercicio profesional alienta a enfatizar el cuidado médico basado en el uso de esa tecnología;
- d) la fascinación e insaciable apetito público provoca en un mercado atípico, como es el de la salud, una demanda incontenible;
- e) la presión de la industria manufacturera —en el caso argentino debería hablarse básicamente de distribución— influye decididamente sobre la oferta, al obtener muy alto provecho de sus operaciones;
- f) el vasto y organizado sistema de investigación biomédica de ingeniería médica aporta nuevas innovaciones tecnológicas a un ritmo acelerado;
- g) la falta de legislación, planificación y administración suficiente reduce el papel del Estado a niveles no significativos. (Canitrot, 1981, p. 26)

Miremos con algún detalle la enunciación, que nos sirve para caracterizar el sector y este tipo de opiniones.

Así, empezaremos a comprender que la tremenda demanda espontánea y derivada hacia la tecnología pesada del último quinquenio también se explica por la rentabilidad del equipo (razón económica), tanto para sus constructores,

distribuidores y vendedores como para sus médicos propietarios y prestadores de servicios.

La demanda espontánea, que en este rubro es escasa pero existe, está en buena medida casi totalmente generada por un mecanismo que la sociedad capitalista utiliza inteligentemente para la expansión del consumo. Ese mecanismo, el de la difusión y publicidad, en todos los sectores y con todos los resortes, es capaz de volcar hacia la demanda de bienes y servicios a la población que, en el caso de la tecnología médica, tiene escasa libertad como consumidora ante la oferta de tales servicios de salud.

Asimismo, porque el demandante de bienes y servicios de salud tiende a requerir el mayor nivel de calidad posible para los elementos que intervendrán en su proceso terapéutico, es suficiente que la difusión y la publicidad hayan sabido actuar, y en verdad lo saben bien en esta sociedad competitiva para que pueda hallarse explicación a la “tremenda demanda espontánea” del último quinquenio (Cibotti, 1980, pp. 14-127). Estos medios sirvieron para acrecentar la rentabilidad de esa tecnología médica.

En cuanto a la demanda derivada, es conveniente limitar las explicaciones e interpretaciones, para no entrar en el análisis despiadado de buena parte de la innoble condición comercial de la práctica médica actual. Pero, a efectos de ser veraces y concretos, digamos que también existen *los efectos clínicos que la tecnología ejerce sobre varias (y determinadas) patologías específicas* y que, además, es corriente en buena parte de las instituciones e individuos propietarios de tal tecnología recompensar con devoluciones del aporte del enfermo, a quien deriva tal prestación. Esta devolución constituye la actualización contemporánea de la vieja y tradicional institución del ana-ana, que tiene sin dudas hondas razones económicas, aunque más no sean individuales o institucionales.

El segundo aspecto ofrecido en la enumeración multicausal se refiere al favorecimiento de la imagen del especialista y de una visión mecanicista que hace de la medicina el sistema educacional.

Cuesta muy poco esfuerzo pensar que el sistema educacional profesional está estructurado y obedece a los diseños del sistema de la sociedad capitalista, sostenida por los elementos competitivos y lucrativos que indican su estructura.

Las escuelas de medicina y todos sus elementos formativos constituyen una parte inseparable de la estructura económica del ejercicio de la profesión y de su preservación y acrecentamiento. Al favorecer la especialización y, por ende, la utilización exagerada y acelerada de los instrumentos que la tecnología ha creado, cumple con uno de los objetivos que la sociedad capitalista ha puesto en sus manos. Estas escuelas deben producir el recurso humano que las fuerzas productivas necesitan para lograr sus finalidades y ratificar las relaciones sociales de lucro y competencia en las que deben desenvolver sus tareas.

El sistema educacional es parte del sistema económico y como tal preserva el papel de su producto final, el profesional adecuado para el sistema, como una necesidad de supervivencia. La utilización de esa tecnología pesada hace a su cristalización y desarrollo.

La tercera razón invocada no requiere mayor crítica. Forma parte de las razones económicas porque es absolutamente cierto que *la estructura económica del ejercicio profesional alienta a enfatizar el cuidado médico basado en el uso de esa tecnología.*

El cuarto aspecto enunciado ha quedado respondido cuando nos hemos referido a la demanda espontánea. A lo mejor sería necesario expresar algunas consideraciones sobre los mecanismos que impulsan en buena medida la fascinación y el insaciable apetito público de una demanda incontenible de tecnología pesada. Tal vez solo sería suficiente con expresar la presión que la demanda de tomografía computada ejerce en la actualidad sobre la consulta cotidiana de un clínico en acción o las ecografías para un tocoginecólogo o un cardiólogo.

Las vías de comunicación social, particularmente las de difusión masiva, cumplen satisfactoriamente el objetivo requerido por la sociedad de consumo, y así como crean el apetito por nuevas y determinadas marcas de cigarrillos, también crean el condicionamiento para la demanda de esta tecnología. La publicidad es también un mecanismo económico que desarrolla espectacularmente la sociedad occidental.

En lo que hace al punto de la presión de la industria manufacturera (inciso e) no es necesario abundar en más detalles. Esta presión se ejerce para lograr mayores ventas, acrecentar la oferta de los bienes y servicios tecnológicos y, como consecuencia de ello, afianzar las fuerzas productivas que las generaron y sostener las relaciones que justifican a tales fuerzas de la producción, como consecuencia de los beneficios y el lucro casi sideral que condiciona su actividad.

Fijese, como un detalle para entender parte de tal presión, que, por ejemplo, los ingresos brutos que puede estar recibiendo el denominado *nuevo complejo médico industrial* de EEUU puede ser del orden de los 35.000 a 40.000 millones de dólares anuales y que sus ganancias netas se incrementan año tras año. Así, las ganancias de las corporaciones sanitarias que cotizan sus acciones públicamente se elevaron en más del 30% para 1979 y todavía se esperaba un incremento de casi otro 25% para 1980 (Relman, 1980), y en tales porcentajes es inexcusable el peso exagerado de la tecnología pesada, que sirve como elemento actualizador del capital invertido.

En el inciso f se enumera el vasto y organizado sistema de investigación biomédica y de ingeniería médica que aporta nuevas innovaciones tecnológicas a un ritmo acelerado.

Claro que resulta ingenuo sospechar que tal sistema de investigación biomédica y de ingeniería médica solo nace por amor a la ciencia y al desarrollo de la humanidad.

Precisamente son las empresas las generadoras de negocios a escala potencial, las que dan lugar al nacimiento de la tecnología. Como se ha dicho, ya no es el gabinete individual o la universidad la que acuna el nacimiento de esta tecnología. La investigación y el desarrollo (*I. and D.*) de nuevas técnicas es una cuota de inversión del capitalismo para reproducir su renta e impulsar su vigencia.

El fenómeno se explica claramente por su propia realidad. En la tecnología de alta complejidad, además de haber establecido que dicha complejidad la genera y está en manos privadas, se da una concentración en las decisiones para su producción, así como para su aplicación, que hacen en estos momentos y en estas condiciones casi inevitable la pertenencia a tal estructura competitiva, en tanto y en cuanto se repare

en que la tecnología, aunque determinada por las fuerzas productivas, pasa ella a ser en nuestra sociedad otra fuerza productiva que garantiza las relaciones sociales en las que se desenvuelve.

Veamos ahora el inciso g referido a la falta de legislación, planificación y administración suficiente, que reduce el papel regulador del Estado.

No es gratuito que, particularmente durante toda la década de 1970 y hasta la actualidad, en nuestro país no haya existido una clara legislación sobre la tecnología ni se haya planificado la perspectiva del desenvolvimiento y esfuerzo nacional sobre la provisión de este equipamiento pesado. No es gratuito, sobre todo si se recuerda que en su casi totalidad esa tecnología debe importarse y que la capacidad de producción de la industria nacional ha superado solo en muy relativo nivel la denominada etapa *metalmecánica* (Steinman, 1979, p 171) y que dichos escasos avances se ven además restringidos porque en su casi totalidad los insumos requeridos para ello son también importados.

No ha existido esa legislación o cuando ha aparecido tuvo solo una tenue influencia sobre el proceso. Tampoco hay una clara política nacional de tecnología médica y es cierto que el Estado no ejerce ni medianamente un papel impulsador de soluciones nacionales en la provisión de tales equipos de tecnología.

La falta de legislación para controlar el ingreso desordenado de esa tecnología, como la otra que fuera capaz de impulsar y favorecer el esfuerzo industrial nacional para nuestra propia provisión de ese equipamiento, reconoce fácilmente connotaciones económicas. La relación de esta falta de legislación y las raíces económicas que la justifican debe buscarse en las mismas causas que han hecho del Estado Nacional en estos tiempos una estructura alejada totalmente de los requerimientos populares, del estímulo al auténtico desarrollo nacional y al cumplimiento ciego del papel de Argentina en la división internacional de la producción y el consumo (Belmartino, *et al.*, 1981, p. 33).

De allí que la implantación de la tecnología, su adquisición y utilización, haya seguido también amparada por la concepción ideológica que sustenta ese Estado, es decir impulsada en la doctrina de la libertad de las fuerzas del mercado, por las cuales, como todos los otros aspectos de la salud, la tecnología resulta, como fruto de las fuerzas productivas, nada más que una simple y cara mercadería.

En esa doctrina, para llegar y tener acceso a tal mercancía, para introducirla en el país, para ubicarla y explotarla, así como para necesitarla y utilizarla, solo se requiere de la responsabilidad y las posibilidades de cada uno de los habitantes a los que les importan tales acciones. Ese es el camino que el Estado nacional dispone para los bienes y servicios sanitarios, entre ellos la tecnología. Es decir, sacralizar la *responsabilidad individual* para todo lo referido a tales bienes y servicios.

De esa manera, las multinacionales del equipamiento, la tecnología, los medicamentos y la financiación de la salud consolidan sus negocios y disponen del mercado con libertad y prestada seguridad.

De allí que también la falta de legislación, planificación y, en fin, de acción estatal sea en definitiva una causa económica más.

Recién en el final de 1978 (diciembre) aparece la Ley 21908, cuando ya está radicado en el país todo el equipamiento que mostrábamos en las tablas precedentes; y en junio y agosto de 1981 aparecen las resoluciones 355 y 694 del Ministerio de Salud Pública, cuando ya esa tecnología se ha multiplicado anárquica y lucrativamente en el país.

Por la ley, el espíritu y los objetivos del Estado nacional se ven cumplidos, conforme la ideología y los requerimientos que necesitan las multinacionales de la salud. El país les permite el ingreso de la tecnología avanzada, libre del pago de los derechos de importación y el impuesto al valor agregado, si sus introductores se comprometen a cederla en forma gratuita al Estado para ser utilizada en no menos del 20% del tiempo útil.

Este compromiso se garantizará administrativamente con la firma de un convenio, que luego será fiscalizado por el Poder Público (resolución ministerial 355).

La Resolución 694 establece en agosto de 1981 que los cupos de equipos que soliciten el otorgamiento de las franquicias de la ley serán los siguientes:

Tomógrafos computados:

Cabeza: uno cada millón de habitantes.

Cuerpo entero: uno cada dos millones de habitantes.

Cámara gamma: uno cada dos millones de habitantes.

Aceleradores lineales de electrones o bombas de cobalto de 4.000 a 8.000 ci: tres por cada dos millones de habitantes.

Podemos reparar en algunos detalles: primero, se podrá introducir esta tecnología sin impuestos ni derechos solo con ceder un 20% del tiempo útil del equipo.

Aun pensando que ese tiempo útil va a ser controlado (situación más que problemática) con el resto del tiempo, la rentabilidad de la inversión está más que asegurada y así esta legislación podrá inspirar y decidir más de un deseo de obtener tales equipos.

Es cierto también que el Estado argentino es una pesada máquina burocrática y que como tal frecuentemente destruye en la realidad muchas de sus inspiraciones y sus objetivos, como en este caso la de amparar su tendencia a incrementar las ganancias del sector productivo internacional y de los prestadores privados del país.

Decimos esto porque la ley favorece la entrada de esa tecnología, con un simple detalle de cesión del 20% del tiempo útil, que luego seguramente podrá ser fácilmente olvidado.

Pero al darle a la máquina administrativa la ejecución de esa idea, la propia resolución 355, al establecer la guía de procedimientos técnicos y administrativos respecto de las solicitudes para acoger a los beneficios de la Ley 21908, estatuye dentro del Ministerio de Salud Pública 12 instancias administrativas principales por las que debe pasar la solicitud. Sumémosle las posibles instancias secundarias, terciarias y demás en ese ministerio y las que correspondan en el Ministerio de Economía hasta lograr la resolución ministerial de eximición, y las que siguen en la Aduana, etc...

Entonces, es posible que cuando se logre importar la tecnología solicitada, ya haya sido superada por una nueva generación tecnológica o una a punto de serlo.

Claro que está la puerta abierta para ingresar esa tecnología por la vía normal de las importaciones y la otra posibilidad común y constante de acelerar la burocracia con otros medios que los administrativos puros, cuando quien gestiona el beneficio cuenta con los medios materiales para lograr un reparador *pronto despacho* en cada instancia de las descriptas para este trámite.

Otra vez las razones económicas alientan la legislación y su cumplimiento, también cuando de tecnología se trata.

Segundo: el otro caso, el de la resolución 694, aparece como una medida tendiente a tranquilizar a las tenues críticas de algunos organismos y personalidades del área sanitaria, con relación a la introducción y utilización indiscriminada de tecnología pesada.

Recuérdese que se produce esta resolución en agosto de 1981, cuando, por ejemplo, ya el país dispone de cerca de 60 cámaras gamma es decir más de 2 por millón de habitantes y seguramente que también más de 60 tomógrafos computados, más de un tomógrafo por medio millón de habitantes. Además, como ya lo expresábamos, toda esa tecnología en su gran mayoría, y cada vez en mayor nivel, está en manos de las empresas privadas de atención médica.

Por otra parte, esta resolución se refiere en exclusividad a tomógrafos, cámara gamma y acelerador inicial, sin mencionar ninguna otra invasión de tecnología médica, que seguirá incorporándose tal como lo programen y requieran las empresas productoras de este equipamiento, siguiendo, como en el caso de tomógrafos, cámaras gamma y aceleradores iniciales, los simples dictados de sus intereses comerciales.

En definitiva, el Estado, por la legislación y reglamentaciones en vigencia y por su actitud y papel en el campo sanitario, en particular en el capítulo de la tecnología, ha abandonado su jerarquía reguladora, inspiradora y normalizadora sobre la producción, distribución y utilización de bienes y servicios sanitarios.

Ese espacio libre, logrado por clara determinación de los factores de poder, está siendo ocupado por la referida empresa privada de atención médica, que justamente en el área de la tecnología pesada ha desarrollado su estrategia y sus acciones sin ningún tipo de regulación y de control. Por otra parte, su peso como empresas multinacionales les permite obviar cualquier escollo, sea ley, reglamentación o máquina administrativa que pueda demorar sus objetivos. Mucho mejor aún es su tarea de ocupar esos espacios vacíos que deja el Estado nacional cuando las leyes, las reglamentaciones y la burocracia las favorecen. Así ha sucedido con la tecnología, y no únicamente por el valor clínico que tiene ese instrumento para el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías.

En este tema de la tecnología avanzada, como en los demás referidos a bienes y servicios sanitarios, cada vez con mayor intensidad el concepto clave de nuestra era es *el negocio* que dichos bienes y servicios proporcionan o prometen. Esta es su definición y síntesis.

Evaluación de la tecnología

Ya en 1922, Max Weber, el sociólogo más difundido de las escuelas que han consolidado la filosofía y los objetivos de la sociedad competitiva, decía que “por supuesto, en todo tiempo y especialmente ahora, el centro de gravedad del desarrollo técnico está en su condicionamiento económico: sin el cálculo racional como base de la economía y, por consiguiente, sin la existencia de condiciones histórico-económicas en extremo concretas, tampoco habría surgido la técnica racional” (Weber, 1979, p. 49).

En ese mundo competitivo en el que se desarrolla el avance tecnológico, y particularmente en el campo sanitario, ha resultado imprescindible, también por el costo de la atención médica, la evaluación de esa tecnología, que, como hemos dicho, aparece como responsable de hasta el 50% del incremento de los costos hospitalarios y de cifras parecidas en otras prestaciones.

Justamente desde 1970 comienzan en EEUU, y después se expanden a otros países, los estudios económicos destinados a otorgarle sostén a las decisiones para asignar recursos en el área del cuidado de la salud (Congress of United States, 1980).

Los dos modelos básicos que se han utilizado para estos fines han sido los análisis de costo/beneficio y costo/efectividad. En la práctica cotidiana, a ambos análisis se los menciona como “estudios de costo/beneficios”, y sus términos CBA y CEA en la literatura estadounidense (*cost benefit analysis* y *cost effectiveness analysis*) expresan técnicas particularizadas para comparar las consecuencias positivas y negativas de los caminos alternativos para asignar recursos en la atención médica.

En el análisis costo/efectividad (CEA) el propósito consiste en señalar los resultados con los que se están utilizando los recursos tecnológicos para lograr los objetivos deseados.

En este análisis dos formulaciones son posibles. En la primera, el objetivo consiste en maximizar los beneficios esperados o los objetivos cumplidos, lográndolos con un nivel dado de gastos o con un costo aceptado. La segunda formulación postula un exacto nivel de beneficios y lograrlo con el menor costo posible. De esa manera, para el sector salud el análisis costo/efectividad tiene por objetivo la obtención del máximo posible de beneficios sanitarios dentro del nivel de gastos aceptado o del presupuesto para salud que se ha determinado (Weinstein, 1979).

Aquí aparece uno de los problemas capitales de este análisis, que consiste en encontrar la medición exacta que exprese *el máximo posible de beneficios sanitarios*. Debería contarse con medidas que muestren los cambios en la salud de la población y que algunos encuadran en aumento de la longevidad o incremento en la expectativa de vida. Más cualitativamente, otros incorporan los cambios en *la calidad de vida*.

Estos cambios podrían expresarse en modificaciones en la morbilidad, en la actividad cotidiana, en la desaparición o disminución de dolores o sufrimientos, en fin, en los resultados globales sobre la salud.

En el análisis costo/beneficio (CBA), el foco se centra particularmente en una única medida para cada tecnología analizada, y tal medida es invariablemente económica.

Las diferencias entre beneficios y costos son la medida económica del resultado neto de la tecnología analizada.

De aquí, entonces, que el análisis costo/beneficio no olvide ninguno de los resultados que muestra el análisis de costo/efectividad, pero le incorpora un elemento cuantitativo esencial para su valoración. Ese resultado se expresa en la economicidad de los beneficios logrados para la salud (Weinstein, 1979).

En ambos análisis la medición de los beneficios resulta clave.

Para los estudios de costo/efectividad, los índices del estado de la salud, la calidad de vida ajustada por edad (indicador de reciente y creciente uso), los años agregados a la vida, se utilizan para valorar los estados de salud o morbilidad que resultan de la aplicación de determinada tecnología.

En los estudios de costo/beneficio, estos resultados deben ser acompañados por los costos directos, indirectos y ocultos, que se muestran en los resultados obtenidos.

Claro está, en ambos casos se encuentra incluido en estas valoraciones la medición del riesgo que condiciona cada tecnología analizada y que a su vez se mide en vidas, años, morbilidad, salud que condiciona y los costos respectivos para cada situación.

Estos análisis de costo/eficiencia y de costo/beneficio se multiplican en la literatura contemporánea y acompañan sin pausas a cada incorporación tecnológica que en el terreno de la atención médica se produce (Hegstrom, s/f; Banta, 1980c; Hill, s/f; Rosenthal, 1977; Banta & Tchacker, 1979; Waitzkin, 1981)

Por ello mismo se impone el análisis crítico de estas aplicaciones, tratando de lograr aquello que decía Hegel, cuando pensaba que solo al llegar a tener la comprensión de las relaciones lógicas que están detrás de los hechos de la realidad, se puede hacer posible la comprensión de tal realidad.

El desarrollo incesante y por momentos ineludible de los análisis de costo/beneficio y costo/efectividad, acompasando a la implantación de la tecnología médica, obliga a descubrir el pensamiento o la ideología que encierra su aplicación y su esencia. Este conocimiento permitirá comprender las raíces ocultas de tales análisis, si es que las mismas existen.

Mostremos para ello, inicialmente, las consideraciones que acaban de hacerse como sugerencias a la 109 Reunión Anual de la American Public Health Association (American Public Health Association, 1981), con relación a la exigencia que la Administración Reagan ha decretado, en cuanto al uso del análisis costo/beneficio y su tasa positiva para la regulación de fondos, créditos y subsidios en salud pública (Ord. 12.291 del 17-II-81).

Esa sugerencia expresa que, si bien es cierto que los análisis de costo/beneficio pueden ser apropiados como una herramienta para la evaluación de determinados problemas en salud pública, están sujetos a severas limitaciones éticas y metodológicas, entre las cuales mencionan las siguientes:

- La dificultad de asignar un valor en dólares a la vida o al bienestar.
- Que aquellos que reciban probablemente los mayores beneficios de la referida resolución del Poder Ejecutivo estadounidense son improbables

participantes en las decisiones sobre los valores asignados o el costo y los beneficios calculados.

- Que los costos de las asignaciones de salud pública frecuentemente aumentan para un grupo, mientras que los beneficios aumentan para otro grupo y no existen mecanismos para lograr un adecuado equilibrio de estas situaciones.
- Que es dificultoso estimar el riesgo de enfermar y los efectos de prevenir.
- Y, por otros argumentos colaterales más, se pide que la Asociación Americana de Salud Pública se expida en contra de tales análisis de costo/beneficio, conforme lo exige tal resolución 12291/81.

Puede racionalmente establecerse que los técnicos en salud pública son los que plantean su crítica al análisis costo/beneficio que implanta el gobierno, por constituir el sector que sirve y se sirve de la atención médica y la salud comunitaria, buscando fondos y subsidios por encima de toda evaluación.

Los que establecen el análisis, el gobierno federal, sirven, impulsan y representan a los sectores financieros industriales que solo creen en el incremento del apoyo a aquello que otorga beneficios, y precisamente el beneficio buscado tiene que ver con sus propias expectativas y crecimiento.

En ambos casos, para los técnicos de la APHA y para los funcionarios del Poder Ejecutivo, el telón de fondo parece concordar con las aspiraciones de la comunidad, aunque no sea así.

En el primer caso, la búsqueda de subsidios y de fondos alienta la propia expansión de ese sector y representa una clara determinación de la tecnocracia para lograr sin evaluaciones ni condicionamientos una transferencia de los bienes públicos a su favor.

En el segundo, se clarifica aún más la situación y se determina que tal transferencia de fondos está expresamente dirigida hacia aquella tecnología, proyectos, programas que ofrezcan margen positivo de beneficios. Los demás fondos, aquellos que, aunque imprescindibles, no garanticen análisis positivos de costo/beneficio, no serán otorgados.

Como se ve en esta discusión, vuelve a ser fundamental tener en claro quién detenta el poder social, porque quien así sea tendrá la facultad casi discrecional de asignar fondos, subsidios y esfuerzos de la comunidad total para su propio sector o intereses. En definitiva, y una vez más, en esta disputa pública queda en evidencia el sentido de la sociedad competitiva, cuya finalidad última la rige *el negocio y la ganancia o beneficio*. En ambos análisis, el de costo/efectividad o el de costo/beneficio, la medición del beneficio es clave para nuestra organización social actual.

En el primer caso, como ya hemos dicho, se busca maximizar resultados con un nivel de gastos determinado y que signifique el menor costo posible.

Los beneficios sanitarios en estos análisis se miden en menor nivel de enfermedad, en evitar dolores o sufrimientos o, como se enuncia ahora, en lograr agregar años a la existencia, y estos con determinada calidad de vida, ajustada a la edad a la que nos referimos.

El segundo caso costo/beneficio, esos mismos resultados del costo/efectividad, pero con nivel de economicidad, poniéndole precio a todos estos resultados.

Observemos que esos resultados se expresan primero en obtener menos morbilidad, más y mejor actividad, en fin, mejor calidad de vida para el tiempo restado a la enfermedad o la muerte. Segundo, estos objetivos se expresan cuantitativamente en pesos corrientes y sonantes.

Todos estos análisis, aun los más complejos y exigentes, hacen referencia a los resultados individuales, al paciente como ser aislado y como unidad vital. En ningún caso se refieren a los resultados colectivos y comunitarios.

Además, la referencia a la calidad de vida ajustada a la edad apunta especialmente a la perspectiva de agregar años a la capacidad productora del individuo como fuerza laboral, ya sea como su propia contribución a la capacidad generadora de la riqueza social o como, en definitiva, al beneficio que entraña el programa o la tecnología cuando coloca al individuo en condiciones de bastarse a sí mismo.

De esta forma, serán más fácilmente aceptados como válidos aquellos programas o tecnologías que aumenten la capacidad creadora de utilidades de las fuerzas productivas, tal cual se encuentran estructuradas.

Al extremar el análisis, no es difícil percibir que serán mejores y tendrán mayor capacidad de aceptarse, ampliarse y aun exagerarse aquellos programas o aplicaciones tecnológicas que acepten, mejoren, amplíen y aun exageren la estructura productiva que les dio origen.

Si el beneficio es la clave, es lógico preguntarse para quién es el beneficio que se espera y se planifica. En la sociedad competitiva y en sus últimas consecuencias ya está definido y aceptado para quién es tal beneficio.

Los análisis costo/efectividad y costo/beneficio están poniendo muy en claro estas determinaciones, aunque en algunos casos se puedan disfrazar como análisis técnico-científicos que buscan el desarrollo de la comunidad. En definitiva, ninguno de estos análisis permitirá el suicidio de la estructura productiva que dio origen a estos programas o a estas tecnologías y mucho menos la destrucción estas. Además, cada uno de estos análisis está sirviendo para medir el grado de productividad lucrativa que los medios estudiados le otorgan al sistema generatriz.

Tales análisis son la prueba para determinar la continuidad de esa técnica, equipo o programa, en cuanto se demuestra que no ha entrado en contradicción con el destinatario obligado y lógico de tal beneficio.

Las fuerzas productivas, en lo que va de nuestra civilización, no se han infligido el autoharakiri y aún más han sabido dirigir sus esfuerzos para neutralizar las tendencias que pudieran intentarlo. Así como están enfiladas dichas fuerzas, los análisis de costo/beneficio solo pueden servir para su propio beneficio.

Este razonamiento no implica de ninguna manera que la tecnología deba ser ahogada y su avance detenido ni que los análisis costo/efectividad o costo/beneficio deban ser olvidados y sepultados en la noche de los tiempos. No se trata de tal rechazo y desconocimiento, se trata de comprender las fuerzas generatrices y lograr que la comunidad pueda controlarlas.

Reflexionemos sobre estas posibilidades precisamente ahora que ya hemos encuadrado a la tecnología médica.

Tecnología apropiada

Una primera reflexión tiene que estar referida a algunas consideraciones que, con respecto a la dimensión de la tecnología, se hacen en nuestro tiempo cuando se habla del avance posible de las innovaciones tecnológicas en los países en desarrollo.

Estas consideraciones tienen que ver con las opiniones que, por un lado, auspician el avance ilimitado de la tecnología y, por el otro, el cercenamiento casi absoluto de tales innovaciones, el ahogamiento del desarrollo tecnológico y la postura, al parecer mediadora y realista, de la Organización Mundial de la Salud cuando desarrolla el concepto de tecnología apropiada.

H. Mahler expresó, en ocasión de anunciar el lanzamiento de la idea del plan de salud para todos, que el organismo internacional ha iniciado un programa para obtener tecnologías de salud que sean científicamente válidas, que puedan entender verdaderamente quienes las aplican y que resultan por lo tanto social y técnicamente aceptables (Hahler, 1977).

Dos años después, la misma OMS expresa que “cuando se trata de atender necesidades específicas, la ciencia y la tecnología que se apliquen deben ser apropiadas en el sentido de que sean científicamente válidas y que resulten aceptables tanto para los que han de aplicarlas como para aquellos en cuyo beneficio han de aplicarse, expresando además que para ello es indispensable que la tecnología guarde relación con la cultura local”, utilizando solo aquella tecnología de eficacia probada y al alcance de la población (Organización Mundial de la Salud, 1979, pp. 513-524).

El desarrollo de este concepto de tecnología apropiada va a quedar delimitado con cierta precisión a medida que se enfrentan las comunidades, particularmente las comunidades pobres, con la invasión de la tecnología de los países de avanzada.

A partir de la maduración conceptual que la realidad va imponiendo sobre el particular, se circunscribe y precisa la idea de tecnología apropiada.

En el documento más amplio que el organismo internacional le dedica al tema (Jequier, 1979, p. 100), la OMS adhiere a los conceptos que sobre el particular ha elaborado el Centro de Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollos Económicos (OCDE) en su reunión de expertos sobre transferencia de tecnología, celebrado en 1974.

Allí se equipararon semánticamente tecnología apropiada con tecnología de bajo costo, intermedia, de autoayuda, progresiva, correcta, adecuada, observando y auspiciando el progreso técnico desde dentro de la sociedad.

Dicen más concretamente que las tecnologías de gran escala y densidad de capital bien pueden ser muy eficientes, pero su introducción en sociedades más pobres y menos desarrolladas suelen crear más problemas que los que resuelven. Por eso se piensa que la tecnología apropiada representa lo que podría denominarse

la dimensión social y cultural de la innovación, aceptando que el valor de una nueva tecnología radica no solo en su factibilidad económica y su razonabilidad técnica, sino en su adaptación al medio ambiente y cultural local.

La sustentación última de este concepto parece ser atinada, porque se expresa que la tecnología apropiada requiere factibilidad económica y razonabilidad técnica. Es decir, se admite directamente que será apropiada en tanto sea el resultado de la estructura económico-social en la que debe desarrollarse. Este concepto es clave y realmente cierto.

Pero es conveniente reparar que se agrega que esa tecnología apropiada debe adaptarse al medio ambiente social y cultural local y, por ende, a las fuerzas productivas y las relaciones socioeconómicas que ellas generan. Se define, así, como fijo, dado e inamovible ese ámbito social y cultural. La tecnología apropiada debe adaptarse a tal medio, sin cambiarlo, ni transformarlo.

Aquí comienza a verse el pecado capital de la idea de tecnología apropiada. Se tratan de incorporar aquellos avances que no perturben ni modifiquen tal ámbito local. Incorporar las técnicas que produzcan algún adelanto para que la comunidad avance un poco, para que no explote, pero dentro de su propio estilo social, sin cambios serios, sin el cambio estructural que podrían hacer factible otras tecnologías más modificadoras del estado actual.

En síntesis, el concepto ha sido desarrollado pensando en introducir aquellas técnicas que sirvan para mantener la situación dada o, cuando mucho, para obtener simples cambios cuantitativos o limitados cambios cualitativos.

De todas formas, cuando hablan de tecnología apropiada, se plantean estas incorporaciones, pero en una sociedad fija e inamovible. Este es el error inicial.

La situación se aclara aún más cuando el pensamiento se dirige a explicar los componentes que constituyen la tecnología.

Entonces se habla de componentes físicos y se incluyen en ellos a máquinas, fábricas, productos, equipos, infraestructura física, etc., y de componentes lógicos, y se mencionan conocimientos, experiencia, educación, instrucciones.

El documento indicado expresa a continuación que *la historia sugiere que la capacidad de inventar y desarrollar nuevos tipos de componentes físicos no es de por sí suficiente para generar el equivalente de una revolución industrial. Lo que se necesita —dice— es una clase empresarial y, quizá más, un sistema de valores culturales, sociales y religiosos que puedan legitimar y alentar el cambio social y económico.*

¡Realmente, es una verdadera confusión...! La capacidad de inventar y desarrollar nuevos tipos de componentes físicos depende de la estructura productiva y de las relaciones sociales que ella engendra. Son, asimismo las que conciben los miembros de las clases empresariales y lógicamente los sistemas de valores enunciados, que además solo legitimarán y alentarán cambios para que no cambie la estructura social imperante.

Este documento, al menos, ni siquiera roza la verdad histórica y hasta aquí solo sirve para garantizar el estado técnico, científico y también social de los países para los cuales preconiza esta tecnología apropiada.

¿Y los componentes lógicos...? Tal cual, también ellos provienen de esa misma estructura socioproductora, y entonces aquellas sociedades que no producen (porque no pueden) los componentes físicos mucho menos fabricarán los componentes lógicos que se pueden requerir para impulsar la tecnología de los componentes físicos. Por eso, aunque se compren esos componentes físicos, chocarán inexorablemente con la ausencia de los componentes lógicos.

Pero la situación tiene explicación dramática pocos renglones más adelante, cuando en la página 17 se expresa que *el desarrollo es un proceso compuesto, en gran medida, de miles de pequeñas mejoras y modificaciones de lógicos, más que de avances repentinos y masivos en los componentes físicos, para agregar después que en verdad, la tecnología más apropiada para muchos países en desarrollo suele ser aquella que tiene un grado más elevado de componentes lógicos...*

Aquí está la explicación, que consiste en un error esencial de estos organismos internacionales, que nos aconsejan a los países pobres mejorar las instituciones, sus hospitales, sus consultorios, la organización sanitaria y después ... comprar los equipos, la tecnología, los instrumentos, las drogas que otros países nos venden, y con ello mantienen la situación diferencial de la que venimos hablando.

Ni siquiera como clasificación didáctica ha sido afortunada esta división en componentes físicos y lógicos. Solo ha servido para que comprendamos mejor el mecanismo de la imposición de la tecnología. Al hacer de cada uno de esos dos componentes una realidad en sí, se intenta cegar, ocultar, la razón causal para ambos. El para sí de la causa.

En realidad, hay un doble ocultamiento. Primero, aquel que corresponde a la causación íntima del grado de desenvolvimiento de los componentes lógicos, que no es otro que el nivel de producción, las energías productivas, con sus leyes de propiedad, lucro y distribuciones o retenciones. El segundo, que auspicia un esfuerzo en el campo del conocimiento, de la educación, de la capacitación del recurso humano, del perfeccionamiento de las instituciones, porque así, con ese mejor nivel, se optará en favor de los productos, del equipamiento, de la tecnología, de los componentes físicos que seguramente fabrican los otros, los que son los dueños de los instrumentos productivos y controlan a su favor las condiciones socioeconómicas en las cuales se desenvuelve y sostiene el grado de dependencia que se requiere para seguir imponiendo la tecnología que ellos fabrican.

¿Es necesario más...? ¿Se requieren más argumentos para desacreditar la ideología sobre la cual se asienta esta conceptualización de la tecnología apropiada? Tal vez sí, porque cuenta con el aval de organismos internacionales.

Entonces, fijemos la atención en referencias que se hacen más adelante. Además, nos sirven para proyectar nuestras ideas sobre el particular.

Estos organismos internacionales, que nos recomiendan el desarrollo de tecnologías apropiadas, vuelven al error cuando, describiendo dicha tecnología, dicen que ha sido olvidada o ignorada por los planificadores y aclaran que esa tecnología desempeña, además, una función psicológica y cultural. Y en esto gastan párrafos, que aparecen como la esencia de su filosofía, que no es precisamente la filosofía de los pueblos que buscan su propia independencia tecnológica.

En el primer párrafo aseguran que la tecnología apropiada representa una creación tecnológica autóctona y, en muchos casos, una adaptación que da testimonio tanto de la inventiva de los artesanos, empresarios e inventores locales como de su capacidad para formular tecnologías apropiadas.

En el segundo expresan que la innovación tecnológica no solo es una cuestión de dinero o conocimiento técnico, sino también de confianza psicológica en sí mismo, para reafirmarlo al decir que *esto se aplica tanto a los empresarios individuales como a las naciones*.

En el primer caso se deposita sobre el individuo, como artesano, empresario o inventor, las perspectivas del desarrollo tecnológico, olvidando que esa tecnología, como la ciencia y la política, dependen, están determinadas, por las fuerzas productivas y las situaciones económico-sociales a que ellas dan lugar, sin atenuantes ni modificaciones.

En el segundo párrafo campea la tremenda significación de la ideología idealista que ha creído y cree que los fenómenos históricos, las transformaciones sociales, las esculpe el individuo, particularmente en cuanto crea, como dicen estos organismos internacionales, *la confianza psicológica en sí mismo...*

Esta ingenuidad filosófica y política debe ser ponderada, pensando por ejemplo en la imposición de los que pueden y tienen, de la tecnología bélica, los Mirages, los Awacs, el nuevo armamento atómico, los misiles, etc., o los tomógrafos computados, los ecógrafos, los aceleradores lineales, porque tal imposición tiene más de 20 siglos y para algo ha servido, al menos en nuestro mundo, a nosotros que nos proponen trabajar y pensar en la tecnología apropiada.

Resumámoslo. En este aspecto de la tecnología apropiada, todo está pensado para que sigamos manteniendo una estructura socioeconómica que solo incorpore tecnología de segunda, que no transforme nada, que aplaque las expectativas, pensando que algo parece cambiar. También esta tecnología apropiada sirve para adormecer el ímpetu transformador de la realidad histórica esencial.

Hasta aquí, por lo menos, la tecnología apropiada es un argumento más para frenar una explosión que la técnica auténtica debe ayudar a producir.

Pero es posible todavía agregar algo más. En realidad, aun en los países más subdesarrollados, mientras se impone al sector salud la conceptualización y los resultados de la tecnología apropiada, tanto para dicho sector como para otros aspectos de la realidad económica, política, social, científica y también técnica, se auspicia y se obtiene la adquisición de toda otra tecnología, aunque nada tenga que ver con el grado de desarrollo económico-social de esas comunidades. Para ello cuentan además con la significación publicitaria en sus múltiples formas (también aquí juegan un papel formidable los llamados congresos científicos y los vendedores de tecnología) para alentar el efecto demostración, lógicamente con los organismos, las instituciones y los profesionales de nuestros países subdesarrollados.

Además, la doctrina de la tecnología apropiada solo parece servir y estar dirigida hacia las soluciones sintomáticas de la pobreza sanitaria, actuando como *moderador social* y cumpliendo su papel amortiguante para tales síntomas y para las convulsiones a las que pueden dar lugar.

Es así que ninguno de los proyectos que se conocen de esta doctrina logró alcanzar a modificar una sola de las causas íntimas de tal pobreza, solo ha producido analgesias sintomatológicas que han postergado la solución cierta.

Pero, lo que es peor, esa doctrina tampoco ha resultado un freno ni tampoco una dificultad para que esas comunidades pobres utilicen sus escasos medios económicos en la adquisición de las tecnologías que los gobiernos y/o las empresas desarrolladas, especialmente multinacionales, deseen colocar y así acrecentar el nivel económico-social que sus estructuras productivas han elaborado.

La observación de la realidad cotidiana permite hallar ejemplos permanentes de esta incoherente situación tecnológica o, mejor dicho, de la contradicción entre la realización del concepto de tecnología apropiada y la invasión de tecnología pesada que soporta el mismo mundo subdesarrollado.

Es muy difícil sustraerse de referir en este momento el ejemplo de la compra de material bélico de alta tecnología por parte de los países pobres. Pero vamos a sustraernos.

Ninguna de las potencias mundiales está libre de este pecado y menos de la común y corriente acusación de venta de tecnología obsoleta e ineficaz, tanto en el terreno de la guerra como en los demás campos, y lógicamente también en la medicina. Sirvan como ejemplo multitudes de drogas que ya no se usan o no sirven en los países desarrollados, equipos de radioterapia de generaciones superadas o los propios tomógrafos computados, cuya apetencia de obtención decrece notoriamente en EEUU, posiblemente a la espera de la denominada tomografía de emisión de positrones (TEP).

La técnica anterior, la tomografía axial computada (TAC), construye la imagen de un sector del paciente haciendo girar una fuente de rayos X alrededor de él, mientras que un detector situado solidaria y diametralmente opuesto a ella registra las variaciones de absorción sufrida por la radiación al atravesar los tejidos. Con estos datos obtenidos, un ordenador reconstruye la imagen de cada una de las secciones transversales exploradas.

Es evidente que cuando esta técnica (TAC) pone de manifiesto un estado patológico determinado, la situación histoquímica anormal del paciente ya está generalmente avanzada.

La técnica que combina el diagnóstico precoz de un estado histoquímico patológico con la localización precisa del lugar en que tal estado sucede, también mediante la reconstrucción de imágenes por ordenador, se llama tomografía de emisión de positrones (TEP). En tal técnica, un compuesto químico con una actividad biológica adecuada se convierte en radioactivo mediante la adición de un isótopo emisor de positrones o electrones positivos, en su proceso de desintegración. El positrón emitido se combina, casi de inmediato, con un electrón, dando por resultado la aniquilación de ambas partículas y la emisión de dos rayos gamma. Estos dos rayos se propagan en sentido casi opuesto y son registrados por los detectores, distribuidos circularmente con relación al paciente. También en el TEP un ordenador reconstruye la imagen espacial de la intensidad radioactiva sobre un plano transversal dado

del paciente y presenta sus resultados sobre una pantalla de rayos catódicos (Ter Pogossian, *et al.*, 1980).

Cuando finalizaba el año 1980 ya había, en el mundo desarrollado por lo menos, 40 equipos de esta naturaleza funcionando. El precio de la tecnología TEP es muy elevado, porque requiere disponer de un ciclotrón en el propio centro asistencial, instalaciones químicas apropiadas y sistemas de captación de imágenes y equipos de cálculo asistidos por un equipo altamente especializado de profesionales y técnicos.

Desde 1980 varias empresas privadas están ya fabricando ciclotrones y sistemas completos de imagen y cálculo para la tomografía de emisión de positrones.

No es difícil comprender que los mecanismos que hacen a la mantención de las estructuras económicas de tales países y/o empresas regulan también estas operaciones mucho más allá de toda apreciación tecnológica y seguramente sin tener ni remotamente en cuenta ninguna apreciación referida a tecnología apropiada.

Asimismo, en el sector sanitario, la transferencia de tecnología depende de las condiciones económicas de los propietarios que las producen y de sus propios planes, dictados además por sus programas de expansión, hegemonía y ganancias.

Ese es el horizonte indiscutido de la sociedad competitiva, y entonces sus programas poco o casi nada tienen que ver con los requerimientos y la realidad social de los países a quienes se les transfieren tales modelos tecnológicos.

Por eso es que la tecnología médica pesada, también ajena a esta idea de la tecnología apropiada, ha avanzado desconsideradamente sobre territorio casi indefenso. Ha seguido sus propias necesidades y esquemas lucrativos, sin reparar ni en la significación de esas ideas de tecnología apropiada ni mucho menos en tener en cuenta los análisis de costo/beneficio o costo/eficiencia de los instrumentos, procedimientos, drogas, etc., que se transfieren a estas comunidades.

Argentina tiene hoy, por obra del impacto tecnológico, de la energía y fuerza de sus dueños y la complicidad coherente de sus aliados autóctonos, un perfil en la oferta de tecnología médica que poco tiene que ver con sus verdaderas necesidades, con el nivel de morbimortalidad o, mejor aún, con el nivel de salud que hoy la define. Pero Argentina no decidió ese nivel de tecnología médica. Le fue impuesto, como a otras comunidades subdesarrolladas, aunque a veces parezca que hemos decidido o intervenido en ese perfil.

Tal vez sirva gráficamente, como contradicción acusadora, saber de la existencia de privaciones elementales de asistencia médica, de grandes núcleos de población y extensos territorios de nuestro suelo totalmente desprotegidos, mientras que ya los fabricantes de tomógrafos computados han logrado con la complejidad autóctona que hoy tengamos uno de esos aparatos para cada menos de medio millón de habitantes, y nos dirigimos resueltamente a contar con uno cada cuarto de millón antes de que lleguemos a la mitad del año 1982 y se hayan incorporado los que ya están en trámite de importación.

Hasta aquí, al menos, esta tecnología del tomógrafo computado ha seguido una curva ascendente, seguramente sostenida por las perspectivas de un provechoso negocio con sus propias pautas de expansión y en absoluta indiferencia con las reales necesidades del país y la tecnología apropiada para estos tiempos.

Otras consideraciones apropiadas

El concepto de tecnología apropiada también se ha proyectado para su uso en los países no tan subdesarrollados y aun en los desarrollados.

Su extensión muestra ahora la inespecificidad de la fórmula de aplicación inicial, y con ello no solo el debilitamiento de su enunciado, sino particularmente su incapacidad para servir cabalmente a las necesidades de quienes eran sus destinatarios.

En ese aspecto, todos los análisis que se efectúan denotan su preocupación por lograr una tecnología apropiada para cada uso y necesidad.

Así, cuando se estudian costos de una prestación determinada en atención médica o se piensa que la demanda o determinada forma de morbilidad no pueden ser enfrentadas con los recursos físicos de equipamiento y aun humanos en disponibilidad, o que el grado de satisfacción alcanzado por la demanda está por debajo del esperado prudencialmente, o, en fin, cuando se estudia el efecto paradójal o indeseable de una droga o la incapacidad de un aparato para medir determinado parámetro biológico o psicológico, en tal práctica se está poniendo en claro lo inapropiado, la falta de propiedad de esa técnica para los objetivos propuestos.

En este punto está el problema. Justamente en hallar los objetivos precisos que se pueden expresar y sostener, según sean los puntos de vista de quien o quienes determinan tales objetivos.

Aquí la tecnología apropiada aparece entonces como aquella que puede resolver los elementos inapropiados, indeseables, costosos o de escaso rendimiento que aparecen en la enunciación anterior. Y esta misma enunciación ya está expresando con claridad el dinamismo que alcanza el encuadre y la relatividad con respecto a los fenómenos capitales que reglan estas operaciones.

En nuestros países, quienes buscan una tecnología apropiada para nuestra atención médica no pueden sustraerse a ese dinamismo ni a la relatividad del proceso tecnológico, y es por ello que cuando el enfoque se efectúa desde el punto de vista de una de las partes —los fabricantes, los servicios de salud, los médicos que utilizan esas tecnologías— en sus resultados lógicamente se incluyen sus propios objetivos vitales y sociales.

En esas condiciones, al estudiar el fenómeno actualmente y en las condiciones en las que se da y seguramente se dará aún por algún tiempo, les resulta elemental reconocer el mercado en el que se inserta esta tecnología casi como inamovible.

Allí se ve como primordial que existe una escasa libertad para el consumidor (Cibotti, 1980, pp. 12-13); que la demanda de servicios de salud es menos elástica al precio que la demanda de una buena cantidad de bienes; que el nivel de competencia para la cesión de bienes y servicios de salud es más bajo que en otros sectores productivos, y que la oferta y la demanda, los dueños de la oferta y los enfermos que expresan la demanda, requieren el mayor nivel de calidad posible en la prestación.

Con estas características del mercado, los servicios tienden a incorporar las innovaciones tecnológicas que incrementan los costos en las prestaciones. Es así que en nuestros países estas tecnologías se hacen “incompatibles con las aspiraciones y metas que en forma explícita plantean los gobiernos” (Cibotti, s/f, p. 18),

particularmente por la aceleración de estos costos y la casi imposibilidad de acceder a esos gastos por parte de la población.

Dentro de estas tendencias, los razonamientos hacia la utilización de tecnologías apropiadas se deslizan hacia la disminución de tales costos, con la selección de tecnologías acordes con las posibilidades de pago, o bien hacia la obtención de una adecuada asignación de los recursos del país, ofreciéndole al sector sanitario la prioridad que se merece.

En la primera tendencia se fija un objetivo que no tiene que ver con las aspiraciones de calidad que puede plantear la comunidad. También es cierto que aparece como cercenando la perspectiva de los propietarios de las tecnologías de avanzada a incrementar sus negocios, aumentando sus mercados. Aparecería así esa tecnología como apropiada a las perspectivas de adquisición tecnológica de esa comunidad.

En esta tendencia solo se busca cambiar la selección de tecnologías. Todo lo demás sigue igual. Es decir, se acepta o tolera la injusticia por la cual no se puede acceder a la tecnología de avanzada o aspirar a un consciente y determinado grado de participación en ella, porque las condiciones generales sobre las que se injerta dicha tecnología así apropiada quedan inalterables.

Además, operativamente se requeriría crear el nivel de estudio y decisión que realice en cada caso la selección de la tecnología apropiada. Esto, en el campo de la salud, ha sido prácticamente imposible en nuestros países, donde la condición de pobres, subdesarrollados o en vías de desarrollo garantiza una incapacidad probada de planificación, o bien la incapacidad probada de planificación está garantizada por quienes ejercen la dirección y el destino de esa pobreza o subdesarrollo.

Pero pensemos hipotéticamente que ha sido creado ese nivel de estudio y decisión para la selección de la tecnología, como en algunos de los países desarrollados. También, como en estos países, ese nivel de estudio y decisión responderá a las realidades productivas y sociales que impulsan determinadas tecnologías y, en consecuencia, sus objetivos difícilmente entren en contradicción con dichas fuerzas.

Así, la selección de tecnología, como en los países desarrollados, tiene prioritariamente como impulso el que le otorgan los poseedores de los medios para crearla, que son los que determinan el uso, en cantidad y calidad, de sus productos.

Así viene siendo desde siempre, y mucho más ahora que esas mismas fuerzas han impreso semejante aceleración a su oferta.

Sostener, entonces, este enfoque para la selección de tecnologías en nuestros países, así como sucede también en los desarrollados, aparece como una solución tecnocrática que busca aislar el proceso, que lo enajena de la realidad y que convierte, así, a la tecnología médica en *una cosa en sí misma*, con la consiguiente persistencia de todas las dificultades previas.

La otra tendencia, la de lograr un incremento en la asignación de recursos para obtener la tecnología apropiada, tiene similares características operativas que la anterior y, asimismo, idénticas connotaciones político-económicas.

Puede reconocerse, aun en posiciones de economistas serios, la aspiración a obtener mayores recursos para adquirir la tecnología apropiada que la atención

médica exige. Estos enunciados existen, pero solo se refieren a ingenuas esperanzas, que pueden esconder otras intenciones en tanto no expresen ni enumeren los caminos para modificar el sentido de las fuerzas que históricamente señalan y acuerdan esas asignaciones de recursos.

Pero aun así, suponiendo que por cualquier razón se ha logrado incrementar esos recursos, que quien asigna el nivel de tecnología y su calidad para ser incorporada a la comunidad, ¿por qué razones y objetivos finales de la atención médica y de la sociedad se eligió ese perfil tecnológico?

En estas tendencias los autores no responden a estos interrogantes, siendo que estos hacen a la esencia de la tecnología para la comunidad y no a su interpretación aislada, simple. Es que, en realidad, cuando se plantea el problema de la tecnología en atención médica, es insoslayable el cuestionamiento de la estructura socioeconómica de la que forma parte. Sin ello se cae en el tecnicismo, al separar la técnica de toda relación con el sistema social y la estructura económica que lo determina.

Nos quedan, por fin, otras dos consideraciones apropiadas.

La primera se refiere a una tendencia claramente expresada en nuestros días. Ante el avance indetenible de la tecnología en general y de la tecnología médica en particular, acrece la idea de dejar atrás toda tecnología y retornar a la vieja concepción del hombre en contacto con las situaciones simples de la existencia.

Volver a los tiempos de la íntima relación con la naturaleza, encontrando en la negación de la tecnología arrasadora un mecanismo bucólico del retorno a la libertad individual y logrando así reformular al hombre multidimensional del pasado.

Marcuse (1969), Ellul (1960), Bosquet (1979) e Illich (1978), entre otros, han coincidido en que el orden de la tecnología moderna sujeta al hombre a presiones y ordenamientos claramente patológicos, razón por la cual, de una o de otra forma, estos autores y muchos otros —algunos de los cuales están enrolados en los poéticos y, al parecer, intrascendentes movimientos hippies de la década de 1960 y ecologistas de los años actuales— argumentan que la tecnología llega a colocarse ya en un punto crítico, que tiende más a impedir que a facilitar la formulación y creación de una sociedad emancipada.

Esta postura ideológica es la misma que impulsa gran parte de los argumentos que hoy utilizan autores médicos cuando, refiriéndose a la interposición de la tecnología en las prestaciones profesionales, auspician la creación de barreras que impidan tal circunstancia y se logre así el regreso a una humanización de la medicina. Esta posición reivindica como inefable toda posibilidad destinada a encontrar en la simple relación paciente-médico, en la vieja forma de la medicina semiológica, la raíz y la verdad del acto profesional para jerarquizar la atención médica.

Es fácil percibir que, apenas exageremos estos razonamientos, sus defensores caerán en una actitud cercana al ridículo.

Tanto los que preconizan estos frenos a la tecnología médica (en este caso, en su mayoría pertenecen a las generaciones ya mayores) como los que buscan detener el avance tecnológico en otras áreas no han reparado en que el universo que estructuró

esa tradición médica o social y le dio su esencia ya ha desaparecido y no tiene posibilidades históricas de volver.

Por otra parte, fijando el marco ideológico en el que se nutre esta postura, es conveniente percibir que en ella se ha infiltrado hondamente una concepción antitécnica en defensa de un hombre integral y humano, así como de una medicina del médico de confianza basada en una idealización de las prácticas sociales y sin tener en cuenta las realidades determinantes de los fenómenos comunitarios.

Sus defensores aíslan totalmente sus soluciones y de esta forma hacen un tecnicismo invertido, que nada tiene que ver con la realidad económico-social que vivimos y, por ende, termina constituyendo un simple esquema ideal sin posibilidades de desarrollarse y existir.

La otra consideración es su antípoda. Está involucrada dentro de las ideas de las diversas escuelas y autores, que, preocupados por el futuro, han depositado en el crecimiento inusitado de una compleja tecnología la perspectiva de la superación del viejo orden social. Se los puede involucrar, dentro de las fantasías futuroológicas, en el denominado movimiento del *posindustrialismo* (Servan Schreiber, 1981; Toffler, 1972, 1980) o entenderlos en medicina como participantes de aquellos grupos que, particularmente en el mundo desarrollado, han apostado a favor de la tecnología para la dilucidación total de la morbilidad y su terapéutica adecuada.

En este campo ya son múltiples las experiencias destinadas a certificar la posibilidad de lograr, en base a complejos esquemas tecnológicos, respuestas apropiadas para la atención médica, y en muchos de ellos anulando casi totalmente la participación del médico.

En estos casos la tecnología constituye la respuesta para ese futuro y el ensayo consiste en responsabilizarla del avance y condicionar los recursos humanos exactos para tal desarrollo.

Esta exageración del perfil tecnológico está determinada por la estructura social que la impulsa, amparada en la búsqueda acumulativa de incentivos económicos, en la disponibilidad de recursos científicos y en el argumento de tal sociedad, en el sentido de que la tecnología se ha transformado en la fuerza productora de mayor eficacia para esa organización social. Su desarrollo está unido al destino del industrialismo en su etapa de avanzada y su forma de crecer, su ritmo, la velocidad y calidad de sus logros no están dictados por los requerimientos de las comunidades, sino por los propios intereses de la sociedad competitiva, que responde al credo sustancial del lucro y su acumulación.

En estas manifestaciones están involucradas las empresas y las industrias generadoras de altos negocios, poniendo en manos privadas su posesión y mostrando en su desenvolvimiento una clara concentración del poder tecnológico, tanto en las decisiones de su creación como en su aplicación y utilización.

La producción de esta supertecnología le pertenece esencialmente al capital privado y en esta etapa las escuelas de medicina sirven para componer los requisitos que deben tener los recursos humanos que exige la era posindustrial.

Por eso es que se ve nacer en toda esta etapa un entusiasmo y vocación desbordantes de los nuevos profesionales, en su inclinación hacia la especialización, que en su expresión máxima siempre es una condición exigida para el manejo de la supertecnología.

Todas las fuerzas productivas al evolucionar requieren una mayor complejidad en la organización de la sociedad y una especialización de los conocimientos exigibles para el trabajo. En consecuencia, así se expresa nuestro tiempo cuando está en el medio de esta etapa.

En este juego del desarrollo colosal de la tecnología, es necesario reparar en que ese progreso no es soberano e independiente, como lo diseñan los representantes de estos movimientos.

También, hacer creer que la respuesta al futuro de la medicina reside en su supertecnificación, involucra un similar aislamiento ideológico a la postura anterior y representa en definitiva la creación de un mito tan irreal como la necesidad de retornar a épocas concluidas.

En ambos casos se ha eludido la referencia inseparable a la sociedad que gesta ambas perspectivas. En la primera consideración, al olvidar tal conexión, se pierde la realidad y sus conclusiones resultan solo tibias propuestas poéticas que ni siquiera aportan leves ideas para entender a fondo esa razón de *deshumanización de la medicina*. Al enfocar aisladamente el síntoma, no es posible percibir la causalidad que lo engendró. Por eso el retorno al pasado, también en este caso, es un proyecto inútil e inapropiado.

En la segunda consideración, aquella que, anunciando la era posindustrial, alienta para la medicina la aceleración aún más vigorosa para su era tecnológica, olvida o esconde con cuidado las fuerzas que impulsan ese fabuloso desenvolvimiento técnico, que lógicamente está determinando la actividad médica, de igual forma que la producción señala el sentido de la vida social completa.

También sus cultores han olvidado observar las causas que generan este fenómeno y prosiguen promoviendo su expansión, convertidos en apéndice de ese proceso, que los envuelve y los impulsa como parte de tal aceleración.

Es necesario reparar que el sentido del crecimiento tecnológico tiene orígenes y fuerzas que le dan vida. En la atención médica lucrativa competitiva, en la empresa sanitaria cuya finalidad es el negocio, la tecnología constituye una de sus fuerzas productivas, cuyos componentes en la sociedad capitalista determinan las estructuras sociales en las que se desenvuelve su existencia.

En nuestra sociedad, con el esquema social que nos rige, aquellos que detentan el poderío necesario para conducir el proceso social son los mismos que tienen entre sus intereses el poder tecnológico. En medicina esta no es una frase vacía. El poder tecnológico tiene nombres y apellidos de multinacionales, bancarios y financistas internacionales, cuya especulación tecnológica, aun para superar la era *posindustrial*, se inscribe en los requerimientos del acrecentamiento del poder del prestigio y del lucro.

Así, a pesar de los fervorosos técnicos y cultores de la era tecnológica para la medicina, de sus esfuerzos, trabajos y opiniones, auspiciar un límpido y puro

desarrollo tecnológico hacia el futuro, también en atención médica, es un proyecto irreal y, por lo tanto, inútil e inapropiado. La supertecnología es ajena a la atención médica, obedece a otras razones que las necesidades y requerimientos de la comunidad. Actúa sobre la atención médica, la determina y la define, pero obedece a otras fuerzas para su desarrollo y crecimiento. Por eso, no es gobernable por el sector en nuestra sociedad de competencia.

La revolución de la tecnología

Será necesario recordar varias premisas teóricas, que son sustanciales para reconocer el proceso tecnológico que envuelve a la medicina, y poder así contribuir a su justo desplazamiento en nuestro tiempo y en nuestros países.

Primera: Para hablar de la tecnología médica debe recordarse que frecuentemente la verdad está en otra parte. En este caso, es necesario individualizar las fuerzas productivas y las relaciones socioeconómicas en que se desenvuelve el quehacer cotidiano de tal tecnología y tal comunidad.

Segunda: La tecnología es una parte de las fuerzas productivas y se desarrolla en una estructura social de competencia y lucro, en nuestros medios.

Tercera: La tecnología es en sí misma un fenómeno económico y su creación, impulso, administración y perspectivas dependen de la estructura económico-social a la cual la propia tecnología también contribuye a determinar.

Cuarta: La tecnología está implantando una nueva relación de la atención médica, del modo de hacer medicina. La tecnología está creando una nueva medicina y no al revés.

Quinta: También la tecnología está creando las nuevas formas de la organización médica, para garantizar su expansión y asegurar su negocio, el negocio de sus propietarios. En nuestros países desaparece prácticamente la medicina estatal y crecen despiadadamente las formas comerciales de la atención médica lucrativa.

Sexta: La producción de la sociedad capitalista en el campo de la medicina se expresa en su forma más descamada en el colosal desarrollo de su era tecnológica, que arrasa con los resabios del viejo ejercicio de la medicina.

Séptima: El avance tecnológico en la medicina es imposible de rechazar e irreversible. La situación consiste en refocalizar sus objetivos para que sirvan a la sociedad, en establecer claramente cómo se generan sus creaciones, quién conduce el proceso tecnológico y su aplicación. Con la tecnología debe cuestionarse la estructura socioeconómica básica de nuestros pueblos. Lo demás son maniobras de distracción para evitar que nuestras comunidades focalicen sus objetivos.

Octava: En nuestros países, las soluciones tecnológicas que requieren nuestro desenvolvimiento deben tener una reafirmación del sentido nacional, desplazando claramente el fenómeno de la dependencia ante la tecnología multinacional.

Novena: A la medicina no la amenaza la tecnología ni su avance debe pagarse con una regresión humana de su ejercicio.

El peligro, la amenaza, la destrucción de la medicina necesaria y adecuada proviene del sistema competitivo, lucrativo y de injusticia social que envuelve su quehacer cotidiano.

Aclaración: Los gritos angustiosos de sus analistas pidiendo frenos para el avance tecnológico y un retorno a épocas concluidas (olvidan que el pasado tampoco existe en medicina) son expresiones claras de la desubicación que prima entre ellos, al no advertir que este impulso es consecuencia de la fórmula productiva en la que se crea y desarrolla. Por eso, para ellos y para tal sociedad la técnica se ha transformado en un monstruo con vida propia y con poder sobre la comunidad.

La tecnología aparece, así, como poseedora de existencia propia y hace del médico y del paciente los objetos involuntarios de su actividad.

Este enfoque es una manera tal vez inconsciente, tal vez no tanto, de ocultar a la sociedad competitiva e injusta que creó esa tecnología y desviar el sentido de la crítica y el foco de la batalla.

Conviene recordar que el trabajo social, condensado en recursos y capacidades, fue el que elaboró esa tecnología médica y que, concebida así, resulta un trozo de la expropiación que la comunidad ha ido experimentando constantemente en su historia social. Esta tecnología que se ha apropiado de parte del esfuerzo comunitario crece, avasallante y deshumanizadamente, porque ese es su destino en esta sociedad.

La terapéutica para este daño no consiste en matar la creación, sino en obtener la reelaboración para nuestros pueblos, con nuestras condiciones y capacidades, del sistema de las relaciones sociales en el que debemos desenvolver nuestras existencias.

Décima: Ejecutar y conducir los frutos creadores, positivos y favorables de la revolución tecnológica en atención médica solo puede hacerse en una sociedad donde los resultados de las fuerzas productivas no se opongan a aquellos que la generaron, sino que queden subordinadas al control de toda la comunidad, que se produzcan en una sociedad que no tenga estratificaciones antagónicas ni partidos, grupos o clases que persigan sus propios fines egoístas y lucrativos, enfrentados con el interés general. En fin, que la atención médica se desarrolle en una sociedad en la cual el interés global de sus miembros y su interés particular coincidan en sus objetivos, resultados y esperanzas.

Es obligación no olvidar que, tanto con los países como con los integrantes de la comunidad, los que acceden al gran desarrollo tecnológico lo logran porque otros viven en la edad de piedra de la tecnología. Esta es la injusta diferencia que hay que remover.

Los medicamentos

En la República Argentina se comercializaron, durante el año 1981, 4561 productos terapéuticos, bajo 6332 formas farmacéuticas. Estos 4561 medicamentos y sus 6332 formas terapéuticas son, por otra parte, todavía algo menos de la mitad de los medicamentos registrados ya en 1972 (eran 13.000 los productos entonces registrados), y seguramente en este lapso no han hecho más que aumentar su número.

Estas cifras configuran la mejor síntesis que puede expresarse con relación a la irracionalidad del mercado del medicamento argentino, que, como en casi todos los países occidentales, crece en forma anárquica e interesado exclusivamente en su objetivo esencial, que se mide en los beneficios que esa industria farmacéutica puede obtener al final de cada ejercicio.

Sería necesario referir que frecuentemente expertos sanitarios y farmacéuticos del mundo han expresado que con no más de 150-200 drogas se pueden resolver el 95% de los problemas de salud de la comunidad (H. Mahler, OMS 1979), a pesar de las manifestaciones en contrario que suelen lanzar los interesados sobre seguir ampliando este increíble mercado farmacéutico (CAEME, entre otros), (CAEME, 1973).

Debe recordarse que en el mercado del medicamento la competencia se muestra particularmente efectiva en la diferenciación de productos. Vale decir, en poner constantemente en circulación nuevas formas farmacéuticas y aun nuevos productos que le permitan a las empresas farmacéuticas ensanchar su mercado y con él la perspectiva de incrementar sus ganancias. Por eso, la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales, que agrupa especialmente o casi exclusivamente a las empresas extranjeras, eleva su voz contra la afirmación de racionalizar la oferta aun hasta los límites científicamente aceptados y comprobados.

En realidad, la industria utiliza un mecanismo más fino para ensanchar su capacidad de ventas y con ello sus beneficios. Se trata de producir aceleradamente nuevos productos y particularmente nuevas formas farmacéuticas que constituyan una atracción selectiva para los médicos que deben recetarlas, y a su vez retirar del mercado aquellas otras que han perdido su calidad de novedosas o de atractivas. Todo ello, realizado en los últimos años con una velocidad de giro por producto y fórmula farmacéutica, que caracteriza a este esquema competitivo y de perspectivas de lucro de las empresas.

En base a esta conducta, resultan mucho más irracionales los 4561 productos y 6332 formas farmacéuticas de hoy, que los 5100 productos y 10.400 fórmulas farmacéuticas del año 1973, porque la vida comercial media de cada medicamento ha disminuido en forma elocuente.

Estos lanzamientos continuos y veloces de los productos actuales —muchos de ellos absolutamente injustificados y carentes del mínimo respaldo técnico-científico para su calificación de *novedad terapéutica* y, mucho menos, de *necesidad farmacológica*— causan serios deterioros en los ingresos de la población, al tiempo que aseguran el incremento de la renta del capital invertido en la industria, más allá de lo tolerable.

Todos estos productos y formas farmacéuticas eran producidos y comercializados por alrededor de 350 empresas en 1976, “de las cuales 280 serían nacionales, 34

estadounidenses y 36 europeas. En ese año solo tenían significación económica unas 200, dado que las restantes solo abarcaban el 0,45% del mercado” (Krieger & Prieto, s/f, p. 180), y en 1981, año que corresponde a los 4561 medicamentos y 6332 formas farmacéuticas que se comercializaron, solo 134 empresas cubrieron el 99,20% de ese mercado y el resto (seguramente ahora menos de 100 empresas) comercializaron el 0,80% del total.

Es también necesario recordar que para incorporar al mercado nuevos productos la industria farmacéutica multinacional generalmente utiliza aquellos países que ofrecen menos escollos en controles de fiscalización y seguridad. En 1975, sobre 443 lanzamientos de medicamentos nuevos en EEUU, solo el 11% se realizaron allí y en Canadá, “en tanto que un 35% se efectuó en Europa, un 34% en Latinoamérica y un 20% en Asia, África y Australia” (Centro de Estudio y Acción Farmacéutica de Rosario, 1979, p. 15). Se combinan los bajos niveles de controles administrativos y técnicos con la amplitud y perspectiva del mercado potencial de cada producto. En esa combinación y por esos términos económicos financieros, se eligieron trágicamente otros países a EEUU para la puesta en marcha de la *Thalidomida*.

Asimismo, esos 4561 medicamentos y las 6332 formas farmacéuticas del mercado argentino están producidos y distribuidos por una industria nacional claramente dependiente, “en la medida que entre el 70% y el 80% de las drogas y principios activos básicos que utiliza esa industria son de origen importado” (Krieger & Prieto, s/f, p. 180), y, aún más, todos esos productos y formas farmacéuticas requieren alrededor de 1000 drogas, y de ellas solo 50 se elaboran en el país. Aquí la dependencia cualitativa llega a más allá del 95%.

En fin, los medicamentos, la forma más clara, sutil y recia de la penetración tecnológica en el campo sanitario, constituye uno de los mecanismos que el mercado facilita para que las empresas rijan o al menos determinen con amplitud el rumbo y la proyección de la atención médica en nuestro medio, acompañando su sentido competitivo y cientificista y derrumbando la perspectiva de la implantación de una medicina identificada con los auténticos requerimientos y necesidades de nuestra población.

Con los medicamentos, quizá más claramente que con la otra tecnología, se evidencia el rumbo de la medicina del capital, lucrativa y sin solidaridad social.

Para ello, desde las escuelas de medicina, particularmente en el caso de los recién graduados, las empresas farmacéuticas desarrollan un programa de seducción y conquista de los profesionales, que funciona a la perfección.

Justamente en estos personajes, graduados en escuelas de medicina que forman su mentalidad en plena adaptación a los requerimientos de las compañías farmacéuticas, a la ley de la oferta y la demanda, a los requerimientos de la salud-enfermedad —en suma, médicos formados para la sociedad competitiva y, entonces, lucrativa y capitalista—, reside en ellos la capacidad de venta y también de las ganancias de las empresas del medicamento.

Toda la seducción es, para ese personaje, por lo demás, formado y mantenido a uso y semejanza de la medicina que sostienen estas sociedades químico-farmacéuticas, que viven y crecen de sus resultados económico-financieros y que, por lo tanto, necesitan acrecentar sus ventas y con ellas el superávit de sus balances.

Ese personaje, con un tipo de práctica médica que concluye casi inexorablemente con la recomendación constante de uno o varios medicamentos por consulta realizada, es acosado cotidianamente por los laboratorios medicinales, por sus agentes, por su propaganda, por sus regalos, por su participación en estudios multicéntricos bien pagados, por sus viajes dispendiosamente ofrecidos (cuanto más es la capacidad de recetar o de influir sobre la receta que tiene cada profesional), por sus beneficios ante las *investigaciones clínicas* que realiza sobre determinados medicamentos que necesitaban de la *valoración nacional* para su registro, en fin, por la seducción de viajes gratis a congresos nacionales e internacionales, en nuestro suelo o en cualquier lugar del mundo. Congresos que en todos los casos fueron tendenciosamente financiados por los laboratorios multinacionales que buscaron en esos eventos la consagración *científica* de determinados productos para seguir alimentando el impulso de sus ruedas vendedoras en todo el planeta. Este acoso hacia los profesionales, que por otra parte no es resistido ni rechazado por ellos, sino por el contrario, buscado y esperado, constituye parte de los mecanismos de propaganda y publicidad que requieren los productos farmacéuticos para subsistir y brindar nuevos márgenes de utilidad a las empresas comerciales, que entre sus negocios está también fabricar medicamentos.

Más aún, constituyen la base de sustentación de buena parte de la medicina del mundo capitalista, que está orientada sobre el lucro y la utilidad del capital invertido, que en este caso particular requiere del médico, su agente de ventas, la adhesión cotidiana y permanente a sus productos, porque tal empresa sabe que cada nuevo médico que se incorpora al mercado de la salud, con sus prescripciones, añade a la factura médica nacional, al gasto en salud para cada país, por lo menos tanto como adiciona en EEUU y en Gran Bretaña, es decir alrededor de 250.000 dólares al año en EEUU y 75.000 libras en Gran Bretaña (Sidel & Sidel, 1977).

Por todo esto, suenan casi trágicamente las palabras del director médico estadounidense de uno de los grandes laboratorios del mundo occidental, porque desde la propia vereda de las empresas farmacéuticas indica casi desafortunadamente esta condición subalterna y dependiente del médico en el ejercicio de la atención médica de nuestros países. Dice que

...si la mayoría de los médicos en ejercicio son cautivos de la industria de los remedios y las organizaciones médicas están constituidas por médicos cautivos, se deduce que las organizaciones médicas también están en la misma condición. La cuestión real consiste no en si están atrapados por la industria farmacéutica, sino más bien el grado en que lo están. (Console & Nelson, 1977, p. 73)

Para valorar este grado diferencial, sirvan estos ejemplos nacionales: la Sociedad Argentina de Cardiología y su cautiverio con Merck, Sharp y Dohme; la Asociación Médica Argentina, la AMA y Roche; el Servicio de Oncología del Hospital Central Militar y Montedison; Smith Kline y el Bonorino Udaondo, etc.

El gasto en medicamentos

Resulta conveniente señalar que las apreciaciones que siguen con respecto al mercado del medicamento están referidas a las ventas en el mercado local y no tienen en cuenta particularmente la exportación de productos farmacéuticos fabricados en el país (en este campo de las exportaciones estaban interesados sobre todo Squibb Arg. y Cynamid Arg., ambas extranjeras) ni la venta de productos veterinarios o la de productos para ser comercializados por otras empresas (caso Pfizer, Ciba-Geigy, también extranjeras) o las exportaciones de empresas nacionales (siempre en minoría, como Bagó, por ejemplo).

En el campo estrictamente médico en 1980 se han comercializado medicamentos por valores cercanos a los 2.000 millones de dólares.

Parece de interés realizar algunas estimaciones estadísticas tendientes a observar cómo ha evolucionado el mercado nacional, particularmente al amparo del gasto per cápita en medicamentos que se ha producido a lo largo del tiempo.

Hemos logrado algunos datos desde 1913 y sus valores referidos en pesos moneda nacional, y con las cifras conocidas de población para cada año hemos podido obtener el gasto per cápita en nuestra moneda.

A simple título de unificación de valores, nos ha parecido de interés trasladar esas cifras a dólares per cápita. Como los valores originales estaban brindados en pesos ley del año 1970 (CAEME, Publ.1973), también hemos equiparado a esos pesos ley a valor dólar 1970 (1 dólar = 3791, *Ambito Financiero*, 13-III-79). Esta equiparación corresponde a los años que la tabla incluye entre 1913 y 1973.

En cambio, el consumo total de 1980 lo expresamos en dólares de ese año.

Con estos artificios estadístico-matemáticos, estamos utilizando una hipótesis comparativa de mínima, dado que los consumos medidos en dólares para los períodos de 1913 a 1973 serían aun de menores niveles. De todas formas, estos son los resultados del consumo total en medicamentos y por habitante.

Año	Consumo total en miles \$ (1970)	Población total	Dólar por habitante
1913	46.651,0	7.885.000	0,52
1934	162.777,8	13.044.000	1,11
1945	1.053.804,1	15.6545.000	5,98
1953	1.267.007,5	18.202.000	6,17
1963	2.150.547,3	21.445.000	8,89
1973	4.292.980,0	23.364.000	16,29
1980	1.995.830.844*	27.000.000	73,91

*Dólares

Es lícito reconocer la diversidad de traducciones económicas de esta tabla, así como las dos fuentes a las que recurrimos para el consumo total (CAEME y P.M. Arg.). Hemos usado valores exageradamente menores para la comparación de 1913 a 1973, y el sentido último de este análisis permite estas licencias estadísticas, dado que en última instancia hará aparecer a los resultados obtenidos como simples hipótesis de mínima, que resultarán tan elocuentes que al menos en tales condiciones bien vale la pena tenerlos en cuenta.

En los 67 años que median entre 1913 y 1980, el gasto per cápita medido en dólares se incrementó en un 14.113,5%. De esta manera, el aumento por año llegó al 206%.

En EEUU, en cambio, entre 1929 y 1977, el gasto per cápita en medicamentos creció un 22,1% anual.

Así, la República Argentina tuvo un crecimiento anual del gasto per cápita de un 936,3% mayor que el gasto por habitante que soportaron los estadounidenses.

En estas diferencias porcentuales, aunque estimativas y con imprecisiones, se esconden todas las circunstancias concretas que definen a un país en situación dependiente y que, como tal, soporta en cada habitante la expoliación por sus necesidades, aunque estas sean requerimientos de salud y necesidades vitales. Allí, dentro de tal 936,3% mayor del incremento del gasto per cápita, están las ganancias despiadadas de las empresas metropolitanas, patentes, marcas, las sobrefacturaciones de los insumos importados y todos los otros elementos que configuran la situación técnicamente definida para la industria del país, como la de *una industria farmacéutica dependiente y encadenada* a los designios de las multinacionales.

Las ventas de medicamentos

Las empresas dedicadas a las ventas del medicamento en la República Argentina deben ser consideradas en base a la integración de sus capitales, como empresas nacionales y empresas extranjeras.

De cualquier manera, cuando se considera la producción de los medicamentos, es necesario tener en cuenta que todas las empresas que actúan en el país trabajan con “materias primas importadas que cubren entre el 45 y 53% del total de materias primas que usa la industria” (Katz, 1974, p. 29).

Con esta salvedad y recordando constantemente esta afirmación, que le otorga a la industria del medicamento argentino la indiscutida condición de industria dependiente, vamos a observar el comportamiento del mercado nacional.

Observemos la situación para 1979/1980.

Años	Unidades	\$ argentinos	Dólares
1979	416.444.322	20.689.842.208	1.493.294.845
1980	374.790.358	37.120.807.925	1.995.830.844

La distribución de las ventas en farmacia según las 20 principales industrias farmacéuticas actuantes en el país fue para 1980 la siguiente, expresada en miles de dólares y en porcentaje sobre las ventas totales (PMA, 1981):

Laboratorio	Miles de dólares	% sobre venta total
TOTAL	1.995.831	100,00
Bagó	100.399	5,03
Roche	99.530	4,99
Roemmers	75.219	3,77
Merck Sharp Dohme	60.595	3,03
Abbott	51.753	2,60
Hoechst	48.273	2,42
Boehringer Ing.	42.057	2,10
Essex	42.004	2,10
Johnson & Johnson	41.587	2,08
Bayer	41.494	2,08
Pfizer	37.957	1,91
Labinca	36.819	1,85
Ciba	36.480	1,83
Sandoz	33.541	1,68
Lepetit	32.482	1,63
Geigy	32.145	1,62
Glaxo	31.841	1,60
Montedison	31.125	1,56
Montpellier	30.101	1,51
Byk-Liprandi	29.741	1,49

Al analizar la concentración y participación porcentual de los laboratorios en el mercado de ventas del país, puede ofrecerse el siguiente cuadro:

Año	Las 5 mayores	15 mayores	Resto
1962	16,2	35,9	64,1
1965	16,5	35,4	64,6
1968	15,4	34,8	65,2
1971	16,8	37,0	63,0
1974	17,7	37,4	62,6
1976	21,3	41,5	58,5
1980	19,4	39,1	60,9

Para 1980, la concentración del mercado total argentino, medido en dólares, fue la siguiente:

Empresas	%
Primeras 5	19,42
Primeras 10	30,20
Primeras 15	39,10
Primeras 20	46,88
Primeras 30	60,27
Primeras 40	70,88
Primeras 50	78,66
Primeras 70	88,64
Primeras 80	91,75
Primeras 100	96,33
Primeras 200	99,97

A los efectos de analizar con más precisión las tendencias concentradoras del increatedo nacional, se han estudiado las diez clases terapéuticas de mayor venta en 1980. Ellas fueron:

N°	Clase terapéutica	Miles de dólares	% del total
1	Gastrointestinal	254.684	12,77
2	Cardiovascular	235.229	11,79
3	Antibióticos	231.778	11,62
4	Ap. Respiratorio	169.578	8,50
5	Psicofármacos	149.907	7,52
6	Vitaminas	129.178	6,47
7	Vasodilat. Periféricos	127.175	6,37
8	Antiinflam. y antirreum.	123.754	6,20
9	Corticoides	84.512	4,23
10	Analgésicos	76.482	3,83
Totales		1.582.277	79,30

Como se ve, estas diez clases terapéuticas representan casi el 80% del mercado total en el país.

A estas diez clases terapéuticas las hemos transformado en nueve, sumándoles a los medicamentos cardiovasculares los vasodilatadores periféricos. Entonces, las clases terapéuticas tienen ahora este orden porcentual decreciente:

N°	Clase terapéutica	%
1	Cardiovascular	18,16
2	Gastrointestinal	12,77
3	Antibióticos	11,62
4	Aparato respiratorio	8,50
5	Psicofármacos	7,52
6	Vitaminas	6,47
7	Aparato locomotor	6,20
8	Corticoides	4,23
9	Analgésicos	3,83
Total		79,30

Resulta de mucho interés ver cómo se comportan cada uno de estos diferentes mercados de clases terapéuticas, porque con tal conocimiento puede evidenciarse con mayor exactitud la concentración en las ventas farmacéuticas.

Comencemos con los medicamentos cardiovasculares. Las cinco empresas de mayor venta de tales productos son:

Empresa	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Ciba-Geigy	26.193	7,23
Johnson & Johnson	24.317	6,71
Merck Sharp & Dohme	22.789	6,29
Hoechst	21.440	5,92
Sandoz	21.434	5,91
Total	116.173	32,06

Cinco empresas venden el 32,06% del total de los medicamentos cardiovasculares. Sigamos con los medicamentos gastrointestinales. Del total de 254.684.000 dólares vendidos por estos medicamentos en 1980, la participación de las cinco empresas de mayores ventas fue:

Empresas	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Roemmers	17.481	6,88
Bagó	16.921	6,66
Boehringer Ing.	11.596	4,56
Finadiet	10.046	3,95
Byk-Liprandi	7.597	2,99
Total	63.641	25,04

En cuanto a los antibióticos, las cinco empresas mayoritarias en las ventas alcanzan a cubrir el 40,29% del mercado del antibiótico. Ellas son:

Empresas	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Bagó	33.950	14,70
Abbott	17.443	7,54
Roche	16.093	6,97
Squibb	13.023	5,64
Lepetit	12.572	5,44
Total	93.081	40,29

Para los medicamentos del aparato respiratorio, la distribución fue:

Empresas	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Bagó	7.967	4,69
Boehringer Ing.	7.929	4,67
Abbott	7.864	4,63
Promeco	6.885	4,06
Roemmers	6.407	4,06
Total	37.052	21,82

En cuanto a los medicamentos psiquiátricos, cinco laboratorios concentran el 45,62% de las ventas totales de esta clase terapéutica y uno solo de ellos, Roche, casi alcanza a vender un cuarto del total de estas ventas.

Empresa	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Roche	35.114	23,42
Wyeth	11.642	7,76
Casasco	8.115	5,41
Labinca	6.950	4,63
Hoechst	6.596	4,40
Total	68.417	45,62

Para las vitaminas, los cinco laboratorios más vendedores llegan casi a cubrir el 50% de las ventas totales de estos medicamentos. Ellos son:

Empresa	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Roche	32.613	25,24
Bagó	10.788	8,35
Abbott	7.977	6,17
Merck Argentina	6.635	5,13
Raffo	5.383	4,16
Total	63.396	49,05

En cuanto a los medicamentos para el aparato locomotor (antirreumáticos, miorrelajantes, antigotosos), esta es su distribución para las empresas de mayores ventas:

Empresa	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Ciba-Geigy	18.005	14,55
Byk Liprandi	10.411	8,41
Merck S. & Dohme	8.631	6,97
Exa	5.802	4,69
Rovafarm	5.427	4,38
Total	48.276	39,06

Con relación a los corticoides, esta es su distribución:

Empresa	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Essex	18.685	22,10
Merck S. & Dohme	8.873	10,50
Squibb	7.633	9,03
Lepetit	6.709	7,94
Pfizer	4.218	4,99
Total	46.118	54,46

Cinco empresas, todas extranjeras, cubren el 54,46% de las ventas totales de corticoesteroides en el país.

También con relación a los analgésicos, las cinco empresas de mayores ventas absorben más del 50% de las ventas totales de esta clase terapéutica. Ellas son:

Empresa	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Bayer	17.106	22,36
Hoechst	9.804	12,82
Bagó	7.377	9,64
Montpellier	5.801	7,58
Roemmers	4.895	6,40
Total	44.983	58,80

Como se puede observar, compusieron el ranking de las cinco empresas más vendedoras para estas nueve clases terapéuticas, 28 firmas extranjeras (62,3%) y 17 argentinas (37,7%).

En cuanto al volumen económico de las ventas para estas clases terapéuticas, esta es su división, siguiendo siempre las ventas de las cinco mayores empresas en cada caso.

Empresas	Miles de dólares	% de la clase terapéutica
Extranjeras	414.307	71,29
Argentino	166.830	28,71
Total	581.137	100,0

De esta forma, puede evidenciarse con gran nitidez la concentración en las ventas, decididamente favorables a las empresas extranjeras en las clases terapéuticas de mayor peso comercial.

Si se distribuyen los porcentajes correspondientes a las cinco empresas más vendedoras en estas nueve clases terapéuticas, según sean nacionales o extranjeras, también puede verse la predominancia del capital extranjero en la mayoría de estas clases. Esta es su distribución porcentual:

Clase terapéutica	Empresa nacional	Empresa extranjera	Total cinco empresas
Cardiovascular	-	32,06	32,06
Gastrointestinal	17,49	7,55	25,04
Antibióticos	14,70	25,59	40,29
Aparato respiratorio	12,52	9,30	21,82
Psiquiatría	10,04	35,58	45,62
Vitaminas	17,64	31,41	49,05
Aparato locomotor	9,07	29,93	39,00
Corticoides	-	54,46	54,46
Analgésicos	23,62	35,18	58,80

Todavía se puede analizar la composición del mercado desde otro punto de observación. Así, si estudiamos la concentración de las ventas de 1980 para las 20 empresas de mayores volúmenes comercializados, veremos que este es el resultado:

Empresas	N°	Miles de dólares	% del total
Argentinas	4	242.538	25,94
Extranjeras	16	692.609	74,06
Total	20	935.147	100,00

De las 20 empresas que, como se ha visto, comercializan el 46,88% de las ventas totales de 1980, absorben el 74,06% de tal negocio las empresas extranjeras, en tanto que las nacionales apenas cubren un cuarto del total.

Cuando se estudian las primeras 25 empresas en las ventas de 1980, que comercializan el 54,13% del mercado del medicamento en la República Argentina, su distribución según su condición de nacional o extranjera es la siguiente:

Empresas	N°	Miles de dólares	% del total
Argentinas	6	199.963	27,76
Extranjeras	19	778.769	72,24
Total	25	1.078.732	100,00

Todos estos análisis permiten comprobar que las empresas farmacéuticas de capitales extranjeros tienen una evidente predominancia en la absorción del mercado de ventas del medicamento en nuestro país.

Por otra parte, además de esta concentración en la captación de las ventas en las bocas de expendio, es necesario tener siempre presente que las materias primas con las que se fabrican estos medicamentos son a su vez, por lo menos en un 50%, de origen extranjero.

De aquí que también valga la extensión del concepto y pueda definirse a esta rama de la industria manufacturera del país como una industria cautiva, a cuya atadura todavía contribuyen otras circunstancias tan limitantes como las señaladas, entre las que deben mencionarse: los contratos de licencia, patentes, *royalties*, la importación de drogas e insumos intermedios asociados a dichos contratos con sobrefacturaciones de elocuentes significados, las cláusulas atadas que limitan o imposibilitan las alternativas de compra a otros proveedores, en fin, la silenciosa compra parcial o total de empresas nacionales por capitales extranjeros, etc. (Krieger & Suárez, 1975; Katz, 1974, p. 29).

Algunas trampas del sector

Hay por lo menos cuatro circunstancias en el campo de la industria del medicamento que constituyen áreas elegidas para consolidar la hegemonía indiscutida de las empresas multinacionales a expensas de los consumidores locales.

Estas cuatro trampas del sector medicamentos pueden sintetizarse como:

- a) Transferencia de tecnología.
- b) Precios de los insumos y de los productos importados.
- c) Renta monopólica.
- d) Gastos de promoción y ventas.

Comencemos por la *transferencia de tecnología*. Siguiendo la clasificación utilizada por el sistema de Intercambio de Información Tecnológica (TIES), podemos obtener ocho formas de *colaboración* que prestan los proveedores de tecnología a quienes adquieren sus productos. Ellas son (Pietragalla, 1977-1980-1981):

Licencias

Son acuerdos de carácter especial que comprenden una diversidad de elementos mediante los cuales el licenciataria compra o alquila el usufructo de ciertos derechos de propiedad industrial y/o conocimientos técnicos no patentados.

Know how

Se trata de información secreta sobre fórmulas, procesos y técnicas industriales.

Marcas de fábrica

Utilización exclusiva de nombres, expresiones, símbolos, que diferencien los productos.

Patentes

Derecho de propiedad sobre:

- a) la sustancia química descubierta;
- b) las fórmulas farmacéuticas que contienen esa sustancia;
- c) el proceso para fabricarla;
- d) los métodos de la prescripción médica que derivan de las propiedades de tal sustancia.

Asistencia técnica

Prestación de servicios permanentes al licenciataria en materia de asistencia científica, de ingeniería, de proceso de industrialización, etc.

Ingeniería básica

Datos técnico-científicos bien patentados o no, sobre el proceso de producción, las capacidades de industrialización, etc., tanto en el esquema global o de detalle, para su producción o evaluación, control de calidad, etc.

Servicios administrativos

Estudios de gestión, análisis de mercado, procedimientos administrativos, promoción de ventas, etc.

Capacitación

Formación y capacitación del personal que el licenciatario incorpora al proceso de fabricación, distribución y venta del producto.

En este campo de la transferencia tecnológica la discusión acerca de su utilización puede esquematizarse de esta manera (Moyno Llerena, 1978, p. 25).

- 1) La industria monopólica sostiene que las transferencias tecnológicas, las patentes, otorgan un dominio limitado que proporciona el estímulo indispensable para la investigación, sin originar precios excesivos, y agregan que con la adhesión a este sistema internacional de defensa de patentes podrá atraer hacia los países que así lo hagan las inversiones y la tecnología que les permita desarrollar su propia tecnología y mejorar su balance de pagos.
- 2) Los críticos de estos derechos sobre la transferencia de tecnología expresan que estos constituyen un monopolio de exportación a todos los países que les permite obtener precios altamente redituables sobre sus productos.

En nuestro país hasta 1977 el criterio sostenido se inscribía especialmente en una política de contralor y restricción destinada a provocar limitaciones a la libre y expansiva tendencia de contratación de tecnología. En ese campo y en tal tesitura se expresaba la última ley sobre este particular, la Ley 20794, que entre otros detalles consolidó el Registro Nacional de Contratos y Licencias y Transferencias de Tecnología.

En 1977 se dicta la Ley 21617, *que significó un importante avance hacia la libertad en la materia* y eliminó las restricciones que la anterior ley establecía para la importación de tecnología. En 1981, la Ley 22426 avanza aún más y disuelve el Registro Nacional, eliminando el requisito de la autorización previa para la validez de los contratos, salvo entre empresas vinculadas, pero en este caso porque, como lo dice su defensor y por tal el defensor del criterio de las multinacionales en cuanto a la libertad para introducir en los países contratantes, “porque las regalías tienen un tratamiento impositivo más beneficioso que el que se otorga a los dividendos” (Martínez de Hoz, 1981, p. 163). Aun más favorable para las empresas multinacionales.

Ahora se mantiene la obligación de registrar el contrato en el Instituto Nacional de Tecnología Industrial, pero a simple título informativo.

El levantamiento del Contralor y la supervisión del proceso permitieron a las empresas multinacionales pasar de 116 contratos aprobados en 1976 por 32 millones de dólares, a 510 contratos en 1979 por 321 millones de dólares y a casi 227 contratos por 164 millones de dólares en el primer semestre de 1980.

Se cumplió así con los requerimientos casi máximos de las empresas monopólicas de la tecnología, más allá inclusive de la posición “comprensiva y moderna” de caminos intermedios que sus propios consultores y amigos les proponían (Moyano Llerena, 1978, p. 18). Argentina y sus gobiernos dependientes han llegado a ser, en

este terreno de la transferencia tecnológica, más flexibles que las exigencias de las multinacionales, sobrepasando aun los pedidos actuales de esas empresas.

Esta es la situación estadística de los contratos de importación tecnológica para nuestro país en todos los sectores.

Fecha	Número de contratos	Regalías en dólares	Tasa de regalías
Hasta 31/12/72*	1.484	76.089.430	2,51
Desde 12/8/77**	68	18.839.668	3,50
1978	323	157.934.176	3,51
1979	510	321.496.806	3,49
1980 (6 meses)	227	164.492.726	3,47

*Instituto Nacional de Tecnología Industrial (1974)

** Pietragalla (1977, 1980, 1981)

Para 1972 la industria farmacéutica giró al exterior 9.029.320 dólares en concepto de regalías con una tasa efectiva de 6,94%, que se aleja claramente del promedio total de la tasa efectiva devengada por dichos conceptos y que fue para el año del 2,8%.

Esta tasa es en 1980, para la transferencia de tecnología total contratada, de 3,47%, estimándose que para el sector farmacéutico podría estar en el orden del 4%, siempre teniendo en cuenta que se trata de los contratos inscriptos a partir de la sanción de la Ley 21617 y que los importes analizados *se refieren a los montos totales estimados por las empresas para el total del período contractual*.

Ha resultado altamente complejo llegar a contar con la información actualizada del precio que el país está solventando por su dependencia tecnológica. Los trabajos conocidos en los tiempos posteriores a la vigencia de la Ley 21617 han involucrado al sector de la industria farmacéutica dentro del rubro general denominado *Fabricación de sustancias y productos químicos, derivados del petróleo y carbón de caucho y plástico*, y, como queda dicho, las cifras dadas a conocer solo se refieren a los contratos posteriores a la ley y en cifras proporcionadas, estimativamente, por las propias empresas. Estas son las cifras para el número de contratos y los dólares devengados por tales compromisos, en transferencia de tecnología (Pietragalla, 1977-1980-1981, p. 1):

Sector	5 meses 1977		1978		1979		6 meses 1980	
	n	U\$s	n	U\$s	n	U\$s	n	U\$s
Total	68	18.839.665	323	157.934.176	510	321.496.806	227	164.497.726
Fabrica de sustancias químicas, etc.	10	4.452.731	68	55.713.008	107	90.886.774	59	34.628.834

Los técnicos del INTI estiman que, computando las cifras totales producidas en este período, desde agosto de 1977 hasta concluido el primer semestre de 1980, el sector farmacéutico participa en un 14% aproximadamente de las cifras correspondientes a fabricación de sustancias y productos químicos derivados del petróleo y carbón, de caucho y plásticos que hemos consignado.

Como se desprende de lo expresado, se trata de estimaciones aproximadas para el sector farmacéutico sobre las cifras de todo este período de casi tres años para el sector que lo involucra. A su vez, también sus cifras corresponden a las estimaciones que las propias empresas involucradas en este proceso han proporcionado a las autoridades nacionales.

Como si estas imprecisiones fueran pocas, es necesario recordar que en los valores que hallaremos para el sector farmacéutico, al igual que para los demás sectores, quedan sin contabilizar —y lo que es peor aún, sin conocerse— las cifras que por transferencia tecnológica estamos pagando sobre los contratos en vigencia antes de la aplicación de la Ley 21617, que, con tanta coherencia con el programa de desnacionalización de la industria argentina, hiciera sancionar por intermedio de Martínez de Hoz el gobierno de las Fuerzas Armadas.

Coherencia exacta para expandir la libertad de las empresas extranjeras.

Observando entonces estos 1.128 contratos y suponiendo que todos los contratos han sido denunciados porque tal denuncia favorece a las empresas por el tratamiento impositivo más favorable, y descartando que pudieran existir contratos cuyas cláusulas internas fueren más beneficiosas para las empresas extranjeras que tal tratamiento impositivo, y aceptando la estimación del 14% que le corresponde al sector farmacéutico, dentro de la fabricación química, esta sería la situación de los niveles pagados por transferencia de tecnología a partir de agosto de 1977 en el sector farmacéutico:

Fecha	Pagos (dólares)
5 meses de 1977	623.382
1978	7.799.821
1979	12.724.144
6 meses de 1980	4.848.036

Este drenaje de divisas, al que debe sumarse el que resulta de los otros contratos en vigencia antes de agosto de 1977 y que el país desconoce, en realidad solo resulta el telón de frente por el cual se oculta la verídica situación de dependencia que caracteriza a la industria farmacéutica y que se evidenciaría —si pudieran ser conocidas las cláusulas internas de tales transacciones, particularmente las que implican ataduras hacia proveedores exclusivos— en las sobrefacturaciones de los insumos

importados y hasta en las subfacturaciones de las exportaciones, como parte de las transferencias ocultas de fondos, de las filiales hacia las casas matrices.

La suma de esta sangría económica resulta ser el precio que define, en el mercado tecnológico, a nuestra industria farmacéutica como una industria altamente obligada a las transacciones cautivas, es decir “aquellas que se producen dentro del mismo conjunto económico y que se realizan a precios determinados por decisión de las casas matrices, que no representan necesariamente los costos y rentabilidad de la producción para tales bienes” (Ferrer, 1977, pp. 107-108).

Todo lo dicho sobre esta dependencia tecnológica es aún mucho más doloroso si se tiene en cuenta que el país no paga verdaderamente por el factor de innovación tecnológica, sino que realmente está pagando por alquiler de marcas, por adquisición de los mecanismos de distribución o, cuando mucho, solo en una pequeña dimensión por los procesos de control de calidad.

Cada una de estas circunstancias está dictada por la empresa matriz, que regla las condiciones, conforme a sus requerimientos y conveniencias, sin que las empresas nacionales puedan auténticamente aprender tal tecnología y lograr ascender algunos escalones en su rumbo hacia su independencia fabril.

Los contratos en su totalidad no se refieren a la síntesis de los productos químicos activos, sino mezquinamente a los llamados procesos de preparación final del producto, a aspectos complementarios de él o a la evaluación de calidad de los productos.

Se trata efectiva y dolorosamente de una industria cautiva que los *royalties*, patentes, marcas, en fin, la importación de la tecnología garantizan para mantenerla en tal estado, ahora particularmente mejor después de las facilidades y ventajas que se le otorgan a las empresas extranjeras a partir de las leyes 21617 y 22426, que, como queda dicho, dejan al país casi impunemente en manos de tales empresas, en cuanto al conocimiento y validez de los contratos sobre transferencias tecnológicas.

Pero esta situación es aún más grave, si se pudiera medir los resultados que en el tiempo han producido los esfuerzos que el país ha realizado para comprar esa tecnología, seguramente comprada con la esperanza de utilizarla e incorporarla paulatinamente a su acervo industrial. La transferencia tecnológica significa precisamente que a través de los años el país pagó los derechos de invención y de desarrollo de los productos, con la perspectiva de poder ir agregando a su capacidad generadora industrial dicha tecnología y construir nuestra propia industria farmacéutica, por lo menos en los niveles que el desarrollo industrial argentino lo hiciera posible.

Contamos con un ejemplo casi dramático para demostrar que todo ese esfuerzo se está desmoronando, precisamente desde tales modificaciones de las leyes de tecnología y del avance incontenible de la industria extranjera sobre nuestro país.

Nos referimos a la fabricación de antibióticos en la Argentina. Este sector de la industria farmacéutica, que llegó a pagar regalías del orden del 10% (Katz, 1973) y que aún contaba con una muy importante cantidad de bienes intermedios importados para su producción, expresaba una tendencia interesante hacia la obtención de un horizonte nacional en tal rubro de medicamentos. El pago de las regalías, de los

insumos importados a lo largo de tantos años, podía hacer pensar que esos esfuerzos consolidarían un sector creciente para la producción nacional.

Estos son los resultados de la producción de antibióticos desde 1965 hasta 1979, expresada en kilos (Anuario Estadístico de la República Argentina, 1981, pp. 348-374):

Años	Uso humano	Uso veterinario	Uso específico	Total
1965	130.747	31.460	-	162.207
1970	296.853	15.283	12.390	324.526
1971	284.763	25.767	12.930	323.460
1972	326.480	31.529	8.685	366.694
1973	327.950	22.442	5.541	355.229
1974	330.950	18.548	877	350.375
1975	274.099	31.497	-	305.596
1976	284.475	43.577	-	328.052
1977	296.760	31.713	-	328.473
1978	235.832	27.736	-	263.568
1979	115.223	12.342	-	127.565

Y estas son las cifras de los obreros y empleados ocupados en esta fabricación de antibióticos en esos mismos años (Anuario Estadístico de la República Argentina, 1981, pp. 348-374):

Años	Obreros y empleados ocupados
1965	1609
1970	1.524
1971	1.517
1972	1.691
1973	1.765
1974	1.829
1975	1.831
1976	1.824
1977	1.798
1978	1.589
1979	973

Enmarquemos dos exactitudes previas. Está claro que tanto las empresas argentinas como las extranjeras que actúan en este mercado tienen como objetivo la ganancia y el incremento constante de esta. Está también claro que la producción que el

país realiza en este rubro se encuentra seriamente comprometida por los insumos importados, que seguramente abarcan un porcentaje sustancial de la producción.

De esta forma, se quiere destacar que nadie se engaña cuando observa con seriedad las cifras del crecimiento de la producción de antibióticos, pero también comprende que los esfuerzos para el desarrollo de tal mercado los ha pagado la comunidad.

Este ejemplo sirve para mostrar la esterilidad de los pagos por transferencias tecnológicas, que al menos en la cuenta de los antibióticos poco ha tenido que ver con el establecimiento de una auténtica industria nacional al servicio de la comunidad y muestra elocuentemente que en los países dependientes, por voluntad de las casas matrices, en general por propia decisión o por decisiones que les dictan a los funcionarios nacionales a sus servicios y órdenes, la industria farmacéutica sigue estando en manos de las grandes multinacionales del medicamento. Estas pueden permitir ciertas expansiones, pueden favorecer determinados crecimientos, pero en el momento justo señalan con exactitud el papel que le corresponde a cada uno en este negocio de los remedios.

Los antibióticos también demuestran la clara dependencia de la Argentina con relación a las grandes empresas multinacionales, y en los últimos años mucho más elocuentemente. Vamos ahora a *los precios de los insumos y de los productos importados*.

La gran proporción de las importaciones de los insumos requeridos por la industria farmacéutica en el país corresponden a operaciones realizadas por las filiales locales a la casa matriz extranjera o bien a una empresa asociada.

En tal caso, estas operaciones intracorporación multinacional presentan valores comerciales que nada tienen que ver con el verdadero precio de ellos.

Por esta vía se generan flujos de dinero que en casi ningún caso han sido declarados como ganancias.

En un cálculo de la renta producida por esta sobrefacturación en nuestro país, para una muestra del 20% de las importaciones de insumos, el sobreprecio alcanzó al 680%, particularmente influenciada por los valores de importación de psicofármacos.

En este caso por ejemplo, el Diazepam alcanzaba una sobrefacturación del 1.500%, que para el caso del Librium de Roche todavía subía a un sobreprecio del 1.900% (Katz, 1974, pp. 32-34).

En una estimación conservadora, este autor sugiere que en la República Argentina debe estimarse en no menos del 50% la sobrevaluación de las importaciones de materias primas farmacéuticas.

Estimaciones similares realizaron Krieger, Prieto y Piñón (1976), observando que el valor pagado por las importaciones era alrededor del 39% superior al valor obtenido a partir del precio mínimo observado en el mercado internacional. Estas son algunas de las diferencias porcentuales:

Productos	Diferencias porcentuales
Antibióticos	48,23
Provitaminas y vitaminas	32,12
Sueros de animales y humanos	72,50
Hormonas	5,32
Alcaloides vegetales, naturales o de síntesis	76,59

Esta situación observada para la industria nacional es común con la que soportan otros países que también padecen la circunstancia de contar con una industria cautiva del medicamento.

Así, Vaitos (1974) ha demostrado en un estudio global de los sobreprecios de los productos que importa la industria farmacéutica colombiana, a través del análisis de 15 empresas que absorben el de las ventas totales, que estos sobreprecios alcanzan un nivel del 155%. Estas 15 firmas declaran utilidades, a efectos del control impositivo, del 6,7%, en tanto que su verdadero nivel de ganancias, teniendo en cuenta estas maniobras del sobreprecio de los insumos importados, debería ser de 126%.

También experimentan estos mecanismos de sobreprecios Filipinas, Pakistán, la India, Chile, donde pueden oscilar entre el 30 y el 700%, según sea la clase terapéutica. En Perú van del 50 al 300%; en Ecuador, del 75 al 200%, etc. (Mc Craine & Murray, 1978).

Esta situación también se ha probado en Inglaterra, donde la Comisión Sainsbury, que estudió la relación de la industria farmacéutica especialmente con el Servicio Nacional de Salud, puso en evidencia claras diferencias entre los precios genuinos y los valores exigidos por las empresas extranjeras al Servicio Nacional. Varios años después de esta investigación se estimaba que aún los beneficios incluidos en el precio de transferencia ascendían a 400 millones de libras esterlinas por año.

En el caso particular del laboratorio Roche en Gran Bretaña, la Comisión de Monopolios de ese país estableció que, sostenida por este juego de las sobrefacturaciones de los productos importados, la rentabilidad de esa empresa que había sido declarada por ella, en el orden del 5% del capital empleado (1973), correspondía en cambio a un 70% del capital invertido (Sanjaya, 1977, p. 37).

En este mismo rumbo de los precios de los medicamentos, el Informe Kefauver, producido por la Comisión del Senado de EEUU con relación a la industria farmacéutica de ese país, mostró en forma indubitable los manejos discrecionales de tales empresas para con sus productos, que en este caso aparecían como particularmente agresivos para con los pacientes de ese país, demandantes de tales medicamentos. Entre otros, son ya clásicos los desbordes demostrados por esta comisión senatorial para los productos de Schering, Pfizer, Lederle, Upjohn, etc. (Kefauver, 1966).

Todas estas circunstancias le dan sostenimiento a la realidad de las empresas transnacionales, que en el caso de aquellas cuyos capitales preferenciales son estadounidenses, muestran en sus declaraciones de utilidades altos márgenes, en buena medida aun por encima de los obtenidos por otras ramas de la industria.

Así, para cuatro años seleccionados, estos han sido los porcentajes de las ganancias de las industrias farmacéuticas estadounidenses, cuyos negocios en su mayor porcentaje se realizan en otros países (ventas de más de 10 billones de dólares en el extranjero y de casi 7 billones en el país).

Año	% de ganancias industria farmacéutica	% de ganancias de todas las Industrias
1963	14,7	9,1
1970	15,5	9,5
1973	18,1	12,4
1976	15,8	13,3

Con excepción de los años 1974 y 1976, las ganancias de estas empresas estadounidenses del medicamento han resultado en la última década un 45% más altas que la media de las 500 empresas mayores de ese país, sostenidas muy particularmente por sus negocios en el extranjero y preferentemente con sus filiales, campo sobre el cual crecen sus beneficios, frecuentemente sostenidos por algunas de las trampas que estamos señalando. Todas estas empresas tienen que ver con el negocio de las transferencias tecnológicas y sus consecuencias inmediatas, las sobrefacturaciones, los precios de los productos terminados en la casa matriz y exportados a sus filiales, los manejos con las exportaciones interfiliales y todos los otros aspectos que hacen a la *conducción inteligente y lucrativa* de estos negocios con las empresas cautivas, de cuyo cautiverio las casas matrices tienen aún hoy mucho que expresar y los estudiosos e investigadores del tema mucho que descubrir.

Las casas matrices están a su vez cada año más ligadas al sector financiero, a punto tal que en 1976 el número de directores de las empresas farmacéuticas que provenían de tal sector financiero era un 80% más alto que el registrado en 1961.

Más del 80% de todas estas empresas estadounidenses tienen hoy operaciones comerciales con el exterior y más del 35% de sus activos se encuentran radicados en el extranjero.

Por eso no es de extrañar que en la década de 1970 más de la mitad de las ventas se realizaran en otros países, para las empresas farmacéuticas mayores, y en cuanto a las ganancias obtenidas en tales territorios extranjeros podían ser consideradas excelentes dado que en promedio superaban el 20% del capital invertido. Se trata del porcentaje de ganancia denunciado por las empresas, y cuando se lo compara con las ganancias obtenidas en los mismos países por el grupo de empresas generales estadounidenses allí radicadas, se comprueba que solo han sido superadas por el grupo de empresas proveedoras de equipamiento administrativo, de oficina y computación.

Dos detalles más. Uno de localización y el otro de procedimiento. El primero sirve para expresar que el mayor número de subsidiarias de la industria americana del medicamento se encuentra radicada en América Latina. Al final de 1973 esa industria tenía localizadas en esta región 110 fábricas, 107 plantas procesadoras, 115 oficinas de ventas y 36 plantas y oficinas de venta. De esta forma, con 368 establecimientos, las empresas estadounidenses radicaron en Latinoamérica el 35,6% del total de sus negocios en el extranjero. El segundo detalle señala algunos de los *procedimientos* utilizados por las empresas estadounidenses como pagos extralegales para lograr facilidades, compras fáciles, urgentes tramitaciones administrativas, en fin, *procedimientos de soborno*, a efectos de mantener una de sus tendencias crecientes en sus negocios, que se producen alrededor de las ventas a los sistemas públicos de atención médica de los países extranjeros, especialmente del tercer mundo.

Hay ya demasiadas pruebas sobre el particular y las empresas involucradas han terminado por admitir tales procedimientos, a los que han denominado *comisiones o compromisos de ventas*.

Solo a simple título de certeza, puede mencionarse a Merck, Johnson & Johnson, Abbott, American Home Products, Morton Norwich, etc., que en diferentes oportunidades reconocieron este tipo de procedimientos particularmente dirigidos a lograr la *buena voluntad* de funcionarios y empleados públicos de diversos rangos (Martz, *et al.*, 1976; Wall Street Journal, 1977; Mc Craine & Murray, 1978).

Es conveniente reparar que todo este juego de las sobrefacturaciones en los insumos, los precios de los productos terminados que se comercian por sus filiales y aun en el país de origen, los manejos con las exportaciones entre filiales y casa matriz y, en fin, todos los mecanismos de ventas señalados y otros que mencionaremos más adelante, son parte de los importantes porcentajes de rentabilidad que obtiene la industria farmacéutica.

Aquellos que defienden la industria farmacéutica y sus niveles de rentabilidad (repetimos, es del orden del 20% anual del capital invertido, al menos en los países extranjeros donde actúan) frecuentemente han utilizado el argumento del riesgo que estas empresas corren en sus operaciones de investigación y desarrollo de nuevos productos. Este mismo argumento es el que utilizan sus defensores y las empresas multinacionales para justificar el sistema de patentamientos, *royalties*, marcas de fábrica, etc.

Como se ve, ganancias, rentabilidad del capital, sistema de patentamiento, marcas, *royalties*, etc., terminan siendo circunstancias asimiladas o, mejor dicho, aspectos similares del crecimiento y desarrollo de las multinacionales del medicamento, al menos cuando se observa el porcentaje anual de sus rentabilidades.

Sin embargo, cuando se ha estudiado detenida y profundamente la variable riesgo empresario, tanto en lo que hace a la justificación insoslayable del derecho a las patentes, *royalties*, etc., como a las cifras casi inusuales de ganancias anuales según el capital invertido, se ha podido comprobar que los factores que determinan las ganancias y la capacidad de investigación de nuevos productos no tienen que ver con el riesgo entre las variables más significativas.

Además, es conveniente recordar que la investigación clave sobre este tema de las utilidades y el riesgo en la industria farmacéutica corresponde a la Comisión Federal de Comercio de EEUU, entidad gubernamental que desmitificó con precisión tales argumentos (Sanjaya, 1977, p. 35), utilizados por los defensores de las altas proporcionalidades en la rentabilidad de estas empresas.

En realidad, es entonces necesario retener como básico el concepto que expresa que las ganancias de la industria farmacéutica, elevadas sensiblemente con respecto a la industria general, se deben a su situación monopólica y al manejo *inteligente y de corte colonialista* que hace de su actividad internacional, con clara especulación de los factores emocionales y sociales que acompañan al medicamento.

Ese manejo *inteligente y colonialista* incluye especialmente como argumento para los elevados niveles de rentabilidad, las sobrefacturaciones en los precios de los insumos entregados a la industria dependiente, así como en los productos finales exportados, y las operaciones de cualquier naturaleza que las casas matrices efectúan con sus filiales, particularmente del mundo en vías de desarrollo.

Observemos ahora el tercer eslabón de este proceso de consolidación de la hegemonía de las empresas multinacionales con respecto a las comunidades nacionales que padecen su accionar. Se trata de la *renta monopólica* que consiguen a través de simples mecanismos contables en los que especulan sobre las facturaciones de las materias primas y el precio de la tecnología, a los que ya nos hemos referido.

Justamente estos dos simples elementos de discriminación monopólica de los precios, en un caso de insumos o productos y en el otro de transferencia tecnológica, resumen terminantemente la condición de nuestro mercado. Este se encuentra sometido a las exigencias de las multinacionales del medicamento que actúan en nuestro medio. Por eso resulta apropiado denominar este despojo que sufre nuestra comunidad *renta monopólica de las empresas extranjeras en la República Argentina*.

En los primeros años de la década de 1970 esta renta monopólica era considerada para el mercado nacional como comprendida entre el 10 y el 20% de sobredimensionamiento.

Este sobredimensionamiento surge de la necesidad de incorporarle a los dos factores originales descriptos para esa renta monopólica los gastos de promoción y propaganda, particularmente en los excesos, que en nuestro medio son conductas corrientes de las empresas.

En tales condiciones puede imputárseles en tales años un 4% del valor total a las sobrefacturaciones de insumos importados conforme las exigencias impuestas por las casas matrices; un 3% por el costo agregado por la transferencia de tecnología y el resto al mayor gasto de promoción y propaganda a que se ve sometido por estas empresas el mercado nacional del medicamento.

De seguir dándose estas condiciones en nuestro mercado, la *renta monopólica* de los laboratorios estaría en 1980 comprendida entre los 200 y los 400 millones de dólares.

Algunas apreciaciones, tanto más exigentes en cuanto a precisión porcentual, estiman que para 1980 estos niveles pueden ser considerados en 5% para las

sobrefacturaciones, 2% para la transferencia de tecnologías y entre el 5% y el 17% para el sobredimensionamiento en promoción y propaganda. De esta manera, la renta monopólica en el año del comienzo de la década de 1980 le costó a nuestro país entre el 12% y el 14% de las ventas totales del medicamento. De tal manera que los laboratorios de productos medicinales recibieron entre 239 y 279 millones de dólares que, a través de los precios, fueron pagados por la comunidad nacional que consumió medicamentos.

Puede comprenderse fácilmente que los componentes mencionados en primer término con respecto a la renta monopólica —es decir, sobrefacturaciones de insumos y materias primas, como transferencias de tecnología— se incorporaron en su totalidad a las empresas extranjeras que operan bajo tales condiciones. El porcentaje referido a publicidad y promoción de sus productos también tiene que ser imputado en su parte correspondiente a las empresas nacionales, que utilizan tales mecanismos para imponer sus productos.

De todas formas, en este campo las industrias multinacionales desarrollan programas publicitarios y tareas de promoción especialmente superiores a las nacionales, de manera que, aun sin conocer el volumen anual de sus presupuestos para estas acciones, no es improbable que estos signifiquen cifras similares al predominio porcentual que señalábamos en cuanto a la concentración monopólica del mercado, en lo referente a las *clases terapéuticas* de mayor nivel de ventas.

El cuarto aspecto de contribución a los márgenes de predominancia insoslayable de las empresas multinacionales del medicamento es precisamente su capacidad para el desarrollo de estas actividades de *promoción y propaganda*.

El volumen casi increíble de las cifras que gasta la industria farmacéutica en promoción de sus productos ha constituido en los últimos años una preocupación constante de los estudiosos de estos temas, que se encuentra reflejada en los documentos básicos que en los distintos países se ocupan de esta industria, particularmente después de las investigaciones de Kefauver en EEUU y de Sainsbury y la Comisión de Monopolios en Inglaterra.

Estos gastos publicitarios superan holgadamente cuatro, cinco y aún más veces los gastos destinados a investigación y desarrollo, y en muchos países occidentales están aumentando en forma indeclinable a partir de la última década, de tal manera que ahora puede estimarse que sus niveles llegan al menos a un cuarto (25%) de las ventas totales de los medicamentos (Katz, 1974, p. 125).

No es difícil asignarles a estas actividades publicitarias de la industria farmacéutica el carácter comercial (vale decir, económico) que tiene y que constituye el pilar esencial para el acrecentamiento de los niveles de utilidades de estas empresas. Este objetivo lo debe cumplir la industria, a punto de partida de la conquista del comprador efectivo del medicamento, aquel que produce la receta y que, como tal, se transforma en el verdadero gestor de las ventas exigidas para aumentar sus ganancias. La publicidad tiene entonces un claro y definido destinatario, el médico, a quien somete a lo largo de su vida a una preparación constante para contar con su incondicional apoyo. Esta preparación y acondicionamiento rinde los resultados esperados y por eso este mecanismo se mantiene y aun se acrecienta cuando

circunstancias propias del mercado o laterales a él hacen percibir a las empresas que sus ventas pueden estancarse o aun disminuir. En el estímulo casi robotizado del médico en el mundo occidental, producido incesante y casi despiadadamente por la publicidad, reside el cumplimiento exacto de los niveles de ganancias esperados y programados para cada producto y en cada tiempo.

Para ello cuentan las empresas con innumerables condiciones que favorecen sus diseños, sumándose a esta gran trampa, que resulta en casi la totalidad de las circunstancias este movimiento operativo de la promoción y la publicidad.

Comencemos por algunos. Así, puede referirse la insuficiente capacitación farmacológica que las diferentes escuelas de medicina de nuestro mundo otorgan a sus egresados para enfrentarse con esta actividad cotidiana de recetar. Esta formación insuficiente del médico no es ni remotamente casual, obedece a toda una política científica y económica que favorece las líneas históricas de las empresas, que saben lo que hacen cuando lanzan a la circulación un recurso humano con una formación terapéutica limitada y, así, apropiado para cumplir con los impulsos que su publicidad y promoción impondrá.

No por nada, por lo menos en los países en vías de desarrollo, esta actividad publicitaria comienza aun antes de la graduación del futuro médico y el mensaje que las empresas farmacéuticas entregan a estos alumnos nada tiene que ver con los escasos conocimientos que sus escuelas de medicina le han entregado en materia de medicamentos. Pero estos mensajes tienen la precisión y el objetivo claro y premeditado de contactar al estudiante con el mundo real del consumo farmacéutico en los términos y nombres con los que se enfrentará de inmediato, apenas concluya su ciclo de pregrado. Esta actividad de pregrado también está ordenadamente planificada y es por ello que sigue rindiendo sus claros resultados positivos para la industria, comercialmente sin errores en sus objetivos.

Aun antes de nacer el producto final, cuando todavía resulta un tierno elemento casi indefenso, ya cae sobre su arsenal formativo el mensaje interesado de la industria, que por estar inteligentemente dirigido, con más puntos de contacto con la realidad diaria, con mucha mayor intencionalidad, rápidamente rendirá sus resultados.

Posteriormente, ya con el médico actuando en el medio social elegido, el despliegue de las empresas en materia de publicidad y promoción resulta incontenible. Piénsese que, por ejemplo, no hace muchos años, cuando se midió el esfuerzo publicitario de industrias líderes estadounidenses, la industria farmacéutica registró la cuota más alta destinada a tales fines. Es que la publicidad y promoción resulta la operación casi imprescindible de su operación global.

Por eso se puede entender la preocupación casi fatalista de otros autores, cuando se preguntan si solo la industria farmacéutica cuenta con los recursos necesarios para una promoción efectiva y agregan:

¿Cómo podría la divulgación corriente competir con las cuidadosamente calculadas distorsiones enviadas a domicilio por correo cada semana y su efecto de martillo, las visitas regulares de los vendedores de remedios, los

avisos a páginas desplegadas que aparecen seis veces seguidas en el mismo diario? Y ello sin mencionar las insistentes imitaciones a cócteles y fiestas o los equipos de golf completos obsequiados, incluyendo tres pelotas con el nombre del doctor y de la firma, impresos en colores contrastados. (Console & Nelson, 1977, p. 75)

De igual manera pensaba un representante de la Confederación Médica Argentina cuando recientemente decía que debía suprimirse

...uno de los factores determinantes del costo de las especialidades medicinales, que es la promoción médica, con su corte de visitadores, folletos a veinte colores, regalos de tapiceras, cuando no de *cassettes*, grabadores o una estadía en el hotel Llao Llao, para el lanzamiento de un producto. (Slatopolsky, 1980, p. 66)

Por extensión, este cautiverio que la publicidad hace del médico se completa con sus instituciones, sus organismos científicos, gremiales, sociales, etc. Las empresas farmacéuticas, que lanzan cotidianamente a sus visitadores sus folletos y sus muestras gratis sobre todos y cada uno de los componentes del cuerpo médico, completan con inteligencia su entretejido, incorporando a sus organizaciones dependientes, a sus instituciones cautivas, a todas y también cada una de las sociedades, agrupaciones, asociaciones, academias, etc., que rigen la opinión y actividad de la profesión médica.

Caen en este cautiverio desde la Academia de Ciencias de Nueva York hasta los círculos médicos de los poblados más distantes de los centros claves del mundo médico. Todos quedan atrapados en este entretejido que la industria farmacéutica describe como una función social, en tanto y en cuanto constituye su prédica una forma de comunicación y actualización terapéutica para los médicos, cuando en realidad adosa sin escrúpulos, debajo de esta función aparente, sus objetivos comerciales, que constituyen siempre la finalidad esencial para su capacidad de incremento de la rentabilidad de sus inversiones.

Otra condición que favorece los designios comerciales de las empresas farmacéuticas está referida a la cantidad de nombres comerciales que imperan en cada mercado terapéutico y que, al exigirle a la empresa el esfuerzo económico para que sus productos sean recordados por el médico, contribuyen con el crecimiento publicitario respectivo a las serias distorsiones en las que opera este negocio de los medicamentos.

Cada empresa desarrolló el máximo trabajo promocional para convencer al médico de que su marca es la mejor y la más eficaz, sin reparar, con harta frecuencia, en los medios que utiliza para cumplir con esa finalidad y mucho menos con los argumentos que le propone al médico para destacar su marca como la única e imprescindible.

Lo hace frecuentemente exagerando sus bondades, otras ocultando sus contraindicaciones o sus efectos colaterales, y en la mayoría de los casos ofreciendo una

información distorsionada que poco tiene que ver con la seriedad y dimensión del tema en tratamiento.

No es tampoco casual que en casi todos los países occidentales la industria farmacéutica tenga en el mercado siempre en vigencia entre cinco y 20.000 formas farmacéuticas, cuyas denominaciones, dosis y usos justifican esta alienante actividad promocional, que, como dejamos dicho, significa entre un cuarto y un tercio del total de las ventas de medicamentos en tales países.

Cuando cualquier organismo o entidad nacional ha salido a luchar contra este factor de nombres, dosis, formas terapéuticas, en fin, contra este bosque impenetrable que por algo existe, las empresas han sabido, a través de sus prédicas o de las cámaras que las agrupan, invocar el espíritu del mundo occidental, el de las libertades individuales y otros argumentos similares, para garantizar la expansión de sus negocios, Para ello no han reparado en adversario, así se trate de la Confederación Médica de un país cuando quiere introducir su Referencia Terapéutica Nacional (COMRA, 1980), de las autoridades de un hospital, de una obra social que deseen implantar un vademécum operativo o de la propia Organización Mundial de la Salud cuando recomienda las 150-200 drogas básicas necesarias para la terapéutica de más del 95% de la patología conocida.

En este último caso, suele utilizarse una acusación ideológica para desacreditar esta posición, señalando que así la OMS demuestra estar influenciada por *las iniciativas que surgen de países enrolados fundamentalmente en la línea del tercer mundo o quizá cuarto mundo*. Este argumento raya en lo increíble y puede hacer pensar en delirantes conceptos racistas, que las empresas y sus organizaciones son capaces de utilizar cuando ya parecían desterrados al fondo de los tiempos. Sobre todo, cuando —para refirmar lo expresado, agrega el representante de la industria farmacéutica extranjera con actividad en nuestro país— nosotros no pertenecemos al tercer mundo dado “que no nos podemos comparar con Bolivia u otro país centroamericano, ni Paquistán ni la India” (Aaron, 1975, p. 75).

Otras veces las empresas farmacéuticas o sus voceros suelen utilizar como argumentos comprobatorios para sostener este mercado infinito de formas farmacéuticas y, con ello, la expansión constante de la publicidad y promoción para dárselo a conocer al médico, la existencia de iguales o mayores números de especialidades medicinales en otros países.

Así, por ejemplo, para justificar en 1977 la existencia de 8.448 presentaciones existentes en nuestro país, se informaba que en otros países esta era la realidad (Verardo, 1977, p. 108):

Países	Especialidades	Presentaciones
Suiza	5.000	16.000
Italia	12.000	21.000
Canadá	8.000	17.000
Bélgica	4.000	9.000
Inglaterra	3.000	9.000
Francia	3.000	8.000
España	4.000	12.000
Brasil	7.000	11.000

Como se comprueba en esta lista, el argumento resulta nimio porque quien lo utilizaba olvidaba expresar que, en todos esos países, además de la minoritaria participación de la industria nacional, quienes particularmente componen el espectro de los creadores de tales números de presentaciones farmacéuticas son precisamente las empresas multinacionales, que obviamente también actúan en nuestro medio.

Además, esta característica que enmarca a los mercados farmacéuticos de nuestro mundo es la consecuencia de uno de los requerimientos comerciales del desenvolvimiento de los capitales invertidos en la fabricación de medicamentos.

El lanzamiento de nuevos productos y/o de nuevas presentaciones farmacéuticas ha sido caracterizado como *un instrumento de la competencia oligopólica entre firmas*, al tiempo que, contando ya con la inversión del capital, en equipos y recursos humanos, el lanzamiento de nuevos productos mejora *la performance tecnológica* (Katz, 1974, p. 108), con los resultados económicos esperados para el aumento de las utilidades.

Asimismo, frecuentemente en los medios donde los gobiernos han establecido precios máximos para la venta de los remedios, este mecanismo de lanzamiento de nuevos productos y/o formas terapéuticas es un recurso apropiado para eludir tales precios, dado que en estos casos esos medicamentos, que apenas significan mínimas innovaciones terapéuticas, pueden ser lanzados al mercado con precios también nuevos que no se someten al freno de los precios máximos.

Es común comprobar que cada empresa dominante de una clase terapéutica coloca en el mercado todas las formas posibles de dosis, condiciones, combinaciones y presentaciones comerciales. Este es un requerimiento del negocio para el mantenimiento de su liderazgo en tal clase, y al tiempo que cierra premeditadamente toda injerencia de otras empresas en sus dominios o al menos la dificulta con claridad, acrecienta la capacidad vendedora y consolida la concentración económica de su participación en el mercado.

Claro, lógicamente para el logro de tales objetivos, que en definitiva confluyen en el aumento de las ventas y con ello en las ganancias con relación a la inversión, necesita desplegar una máxima actividad promocional y publicitaria.

Así se encadenan las utilidades empresarias, el capital invertido, las formas terapéuticas del mercado farmacéutico y este fundamental aspecto de la penetración de los medicamentos que es la promoción, en todos los casos destinada a crear en el médico el hábito de una receta amplia y siempre presente. Por eso el volumen creciente de los gastos en publicidad y promoción que las empresas imponen a los consumidores.

El hilo conductor de los niveles crecientes de gastos debe seguirse especialmente en el acrecentamiento de la competencia oligopólica de la industria, particularmente observando la división del mercado en clases terapéuticas. En los últimos tiempos estas batallas se libran con preferencia en el campo de los antibióticos (ampicilinas y similares), de los antiulcerosos (cimetidinas), de los analgésicos y antiinflamatorios (piroxican, etc.), de los tranquilizantes (diazepóxidos) e hipotensores (betabloqueantes).

La política publicitaria agresiva que cotidianamente soportan los médicos del país en todas sus formas lícitas y un poco más, empujada por estas empresas que concentran la mayor participación en el negocio de las clases terapéuticas, ha conseguido mantener el predominio en la concentración participatoria que le ha correspondido a cada una de ellas en la década de 1970.

De igual forma ha conseguido acrecentar constantemente el valor anual de las ventas de medicamentos que ya superan los 2.000 millones de dólares anuales.

Su agresividad, notoria y creciente en el último quinquenio, tiene además otro objetivo agregado. Las empresas están enfrentadas con la crisis económica que padece la comunidad nacional y, aunque han defendido con creces sus requerimientos de rentabilidad, especialmente por vía de los precios de sus productos y de todos los mecanismos contables y empresariales que hemos mencionado, han visto decrecer la capacidad adquisitiva de remedios por parte de nuestra población.

Así se puede evidenciar al observar esta serie estadística de consumo de unidades medicinales en todo el país (CAEME, s/f, p. 5; PMA, 1981).

Año	Unidades vendidas	Consumo p/ habit.
1973	469.563	19,3
1974	506.563	24,1
1976	414.136	-
1977	399.677	-
1978	374.794	-
1979	379.044	-
1980	345.690	12,8
1981	324.057	11,5

Los valores resultan elocuentes, desde un consumo per cápita de 24,1 unidades en 1974 se llega en 1981 a 11,5. Ese tramo, que la falta de capacidad adquisitiva de nuestra población señala en esos ocho años, constituye uno de los acontecimientos que justifican este desorbitado mecanismo publicitario que se despliega sobre la clase médica argentina.

Al amparo de ganancias aseguradas por sus mecanismos indicados, las empresas multinacionales en especial intentan recomponer esos valores, conociendo el significado económico que ello acarreará, reconociendo en el médico a su agente directo para lograrlo.

En este campo, la situación imperante no parece modificable en el corto plazo. Sin embargo, estas empresas, además de consolidar sus ganancias, como en verdad está sucediendo, se esfuerzan por revertir esta tendencia del mercado. Uno de los medios en uso para esta finalidad vuelve a ser precisamente la publicidad y promoción incesante y agresiva.

Teniendo en cuenta las cifras y porcentajes expresados con relación al negocio de los medicamentos en la Argentina, es posible aceptar que en 1980 los médicos argentinos estuvieron sometidos a estímulos publicitarios y promocionales que requirieron alrededor de 500 millones de dólares para tales actividades. Así, las empresas farmacéuticas gastaron en un año el mismo nivel de dólares que es necesario para comprar el total de las turbinas del proyecto Yacyretá-Apipé. Esta comparación económica pone claramente en evidencia la dimensión de este aspecto del negocio del medicamento.

Dos puntualizaciones más

Ya hemos dejado establecido que las necesidades de salud, como las necesidades de medicamentos en particular, no son atributos de personas aisladas, de pacientes puros, desconectados de la historia cotidiana y estructural.

Por eso también en el consumo de medicamentos, como en todas las necesidades humanas, se hace necesario reconocerlas a partir del marco histórico social en el que se producen y en el ejercicio de sus relaciones complejas con dicho marco.

En el consumo de medicamentos de estos tiempos, la totalidad social en la que se produce impregna esos requerimientos y precisamente al generarse ante tamaña desigualdad entre las necesidades de las clases trabajadoras y las apetencias de la industria farmacéutica amparada por un poder político que le es aliado, las relaciones de fuerza resultantes ofrecen un panorama desalentador para el cumplimiento de esas necesidades.

Este panorama queda evidenciado al seguir el consumo per cápita de medicamentos, tal como ya lo dejamos dicho.

Con esas cifras se evidencia una vez más que la relación producción-consumo es una realidad compleja y articulada y de ninguna manera una relación simple de causa a efecto.

También pueden actuar sobre ellas fuerzas contradictorias que influenciarán el sentido y la dimensión del vector social resultante.

En este caso y a pesar de la extensión de la cobertura para la adquisición de medicamentos que implican las Obras Sociales, su nivel de cobertura y las condiciones socioeconómicas de la realidad argentina del comienzo de la década de 1980 justifican ese decrecimiento en el consumo por habitante.

De cualquier manera resulta interesante evidenciar las fuerzas contradictorias que ejercen influencia sobre este consumo.

Así por ejemplo la denominada extensión de la cobertura juega favoreciendo el consumo de medicamentos y si eso fuere un indicador en favor de la salud, puede representar tal incremento una elevación de las condiciones de mayores posibilidades para las clases necesitadas.

Tal vez sea por ello que precisamente alcanzar mayores niveles de cobertura en salud es una premisa preciada por los trabajadores argentinos, particularmente en estos años en que la tendencia de la realidad histórica muestra la declinación continua de ese nivel de cobertura social.

Por otro lado, esa extensión de la cobertura ha significado una soberbia ampliación del mercado nacional del medicamento, y con ello se cumple con algunas de las exigencias esperadas para la acumulación de capital y ganancias de la industria farmacéutica. En esta acumulación es indiferente la condición de industria extranjera o nacional porque, cuando del incremento lucrativo se trata, ambas entidades resultan fieles al objetivo esencial de la sociedad competitiva.

En esta contradicción tan evidente se pone en claro la compleja relación de la realidad estructural en el campo de una de las necesidades de salud. Al mismo tiempo, deja en su seno una innumerable cantidad de contradicciones internas, como ser consumo de medicamentos versus no medicamentos; eficacia-ineficacia de determinados fármacos; subconsumo y ganancias; publicidad y sobreconsumo; nuevas acciones de promoción y nuevos medicamentos, etc.

Al mismo tiempo, surge de este ejemplo de las condiciones dialécticas de la relación producción-consumo de medicamentos más clara aún la condición de necesidad social que tiene ese consumo de fármacos; no se trata de una necesidad biológica, sino de una necesidad alimentada por un largo proceso histórico de la salud-enfermedad, que, como hemos dicho, también hunde sus raíces en la relación de las clases sociales. Inclusive el médico, cuando receta, también se sumerge en la atmósfera concreta de normas y acciones enmarcadas por esas clases sociales.

Por eso no es inútil acumular a las condiciones económicas de esta relación las situaciones sociales, políticas, ideológicas que la práctica del consumo del medicamento tiene. Pero esta acumulación debe tener primordialmente en cuenta la determinación dominante de la realidad económica de la producción, para no perder de vista el motor esencial de su generación y desenvolvimiento.

Esta precisión conceptual nos parece de valor porque, si bien es cierto que debe reconocerse todo esfuerzo tendiente a crear mejores condiciones concretas para el consumo de medicamentos y de otros bienes por parte de las clases trabajadoras — vale decir, disminuir el peso de las exigencias del capitalismo tanto nacional como

extranjero sobre la fuerza de trabajo—, no debe olvidarse que tales objetivos son solo parciales y a veces anestésicos. Lograr mejores niveles de consumo, aunque sea de medicamentos y por una expresión, aunque sea de lucha de clases, es solo una conquista efímera si las condiciones básicas de las relaciones sociales permanecen inalteradas.

Por eso importa el concepto de determinación dominante en el sistema productivo, que incluye al de los medicamentos.

La contradicción ejemplificadora que hemos utilizado al comentar la extensión de la cobertura para medicamentos estará resuelta si tal extensión se produce en el seno de unas relaciones sociales justas y equitativas, por la transformación del esquema básico de la producción social para Argentina, en este o en otro año.

Seguramente que, dada esa situación, la realidad alcanzará nuevas interrelaciones y nuevas contradicciones. Pero eliminada la condición esencial de la sociedad competitiva y creada la relación solidaria de una comunidad sin apetencias lucrativas, el mayor consumo de medicamentos y otros bienes alcanza dimensión de verdadera conquista social.

De la otra forma solo es una ilusión que la sociedad competitiva suele conceder, primero para que nada cambie y segundo (lo que es más trágico) para acrecentar sus ganancias y consolidar su régimen histórico.

La otra puntualización se refiere a un problema interno del consumo de medicamentos. Hace a la convalidación de la eficacia-ineficacia de los remedios recetados por los médicos argentinos.

Veamos con nombres propios cuáles han sido los 20 medicamentos más recetados en 1980 con sus valores en dólares, dentro del llamado mercado ético:

Producto	Laboratorio	Valores	
		En miles de dólares	% sobre el total de ventas
Total		1.914.382	100,00
Trifacilina	Bagó	26.073	1,60
Hydergina	Sandoz	19.387	1,01
Lexotanil	Roche	18.274	0,96
Pantomicina	Abbott	17.443	0,91
Tagamet	SKF	16.205	0,85
Amoxidal	Roemmers	14.316	0,75
Atlansil	Roemmers	13.454	0,70
Sermion	Montedison	13.202	0,69
Stugeron	J. & Johnson	12.526	0,65
Voltaren	Geigy	12.223	0,64
Bactrin	Roche	12.219	0,64
Sibeliun	J. & Johnson	11.791	0,62
Gentamina	SHC	11.699	0,61
Buscapina comp.	Boehringer	11.596	0,60
Aldomet	M. S. D.	11.451	0,60
Trapx	Wyeth	11.321	0,59
Venorutón	Ciba	11.344	0,59
Bil 13	Bagó	10.051	0,52
Novalgina	Hoescht	9.804	0,51
Inderal	ICI	9.434	0,49

Estos 20 medicamentos cubren el 14,30% del total de la venta del año 1980.

Sin entrar en la órbita intelectual de la crítica parcial y superficial de la medicalización de la sociedad (I. Illich, 1978), resulta conveniente observar esta lista porque en ella están expresadas las tendencias de esas fuerzas predominantes para tal consumo.

En ella puede verse la predominancia porcentual de los antibióticos, justificando una conducta terapéutica que la industria se ha encargado de determinar. Tal vez aquí sea necesario remarcar la cantidad importante de observaciones sobre esta reconocida sobreprescripción, que, además de constituir un hábito de la profesión médica argentina, es una consecuencia que la promoción y publicidad de esa industria busca e influye con su presión cotidiana.

En este rubro del consumo mayoritario, hay argumentos técnico-científicos suficientes para demostrar la exageración de ese consumo, así como el acentuado nivel de ineficacia de su utilización, precisamente por la inoportunidad de su indicación.

En segundo término, remarquemos que en esta lista de los 20 medicamentos más vendidos aparecen cuatro vasodilatadores cerebrales. Entre los diez primeros, son tres esos vasodilatadores.

Los cuatro vasodilatadores cerebrales indicados les costaron a los pacientes a quienes se les prescribió casi 57 millones de dólares.

Todos los especialistas del mundo saben de la ineficacia (incapacidad de solución para el logro de los objetivos) y de la ineficiencia (al menos en la relación costo-beneficio) de estos productos frente a los cuadros nosológicos donde especialmente se indican.

Los estudios desinteresados económicamente que sobre este particular se han efectuado ratifican aquello que cotidianamente los médicos vemos con estos medicamentos.

Las empresas farmacéuticas —en este caso, para los cuatro remedios indicados, empresas extranjeras— conocen estas realidades y el fracaso constante de su uso. Sin embargo, la artillería promocional y publicitaria no tiene barreras. Nadie la controla ni le indica los límites que permiten evidenciar esos resultados constantemente repetidos.

La eficacia de sus métodos de venta está a la vista y la industria farmacéutica extranjera consigue con sus métodos colocar cuatro de estos cuestionados medicamentos dentro de los 20 más vendidos en el país.

Este ejemplo del consumo argentino de 1980 brinda la reconocida complejidad de las situaciones por las que se expresan las relaciones sociales de nuestro tejido comunitario, pero pone en evidencia una vez más la significación de la sobredeterminación que las fuerzas productivas ejercen sobre dichas relaciones.

Bibliografía

- Aaron, A. (1975). Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), Buenos Aires.
- Aday, L. A. (1975). Economic and noneconomic barriers to the use of need medical services. *Medical Care*, v. 13., n. 6, junio, pp. 447-456.
- Aday, L. A. (1976). Response to critique. *Medical Care*, v. 14, n. 8.
- Albarellos, J. C. (1980). Las obras sociales y los prestadores privados. *Coloquio sobre obras sociales, Medicina y Sociedad*, v. 3.
- American Public Health Association (1981). Suggested Policy Statements to Council. *The Nation's Health*, septiembre.
- Andersen, R. (1978). Health status indices and access to medical care. *Annual Journal of Public Health*, v. 68, n. 5.
- Aristóteles (1977). *Metafísica*. Barcelona: Vosgos.
- Austi, F. (s/f). Aporte de tecnología extranjera y política arancelaria. *Medicina y Sociedad*, v. 2, n. 3/4.
- Banta, D.; Tchacker, S. B. (1979). Policies toward medical technology: the case of electronic fetal monitoring. *Annual Journal of Public Health*, v. 19.
- Banta, D. (1980a). La tomografía computada en los EEUU. *International Journal Health Service*, v. 10, pp. 251-269.
- Banta, D. H. (1980b). Información para la evaluación de la tecnología. *Educ Med Salud*, v. 14, n. 2.
- Banta, D. H. (1980c). La difusión de la tomografía computada en los EEUU. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 14.
- Behar, M. (1974). *Salud Mundial*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Quinteros, Z. (1981). El Programa de estabilización y las políticas de Salud y Bienestar Social. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 18.
- Bodenheimer, T.; Cunings; Harding E. (1980). La industria del seguro de salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 13, mayo.
- Bosquet, M. (1979). *Ecología y libertad*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Boulding, K. (1966). The concept of need for health services. *Milbank memorial Fund Quart*, v. 44, n. 4.
- Breilh, J. (1980). *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública.
- Bunge, M. (1978). *Causalidad*. Buenos Aires: Eudeba.
- Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) (1973). *Dialog*, I, n. 2, noviembre.
- Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) (1975). La producción de medicamentos en la Argentina. *Cuaderno 2*, v. 2, n. 4.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Sigo XXI.
- Canitrot, C. H. (1981). Tecnología médica: el advenimiento de un cambio radical en la medicina. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 16.
- Carnoy, J. (1973). *Corporate Medicine. The Kaiser Health Program*. EEUU: Health Policy Advisory Council Bulletin.

- Carrillo, R. (1976). *Contribuciones al conocimiento sanitario*, Tomo II. Buenos Aires: EUDEBA.
- Central Office Public Affairs Department Kaiser Center (1977). *Medical Care Program*. EEUU: Kaiser Permanente.
- Centro de Estudio y Acción Farmacéutica de Rosario (1979). Radiografía de la industria del medicamento. *Centro de Estudios Sanitarios y Sociales*, n. 10, octubre.
- Cibotti, R. (1980). *Notas sobre la selección de tecnología apropiada en los servicios de salud*. Buenos Aires: Confederación Médica de la República Argentina.
- Congress of the United States (1978). Assessing the efficacy and Safety of Medical Technology. Washington D.C.: Congress of the United States.
- Congress of United States, Office of Tech. Assessment (1980). *The implications of cost-effectiveness. Analysis of medical technology*. Washington: Congress of United States, Office of Technology Assessment.
- Console, D.; Nelson, G. (1977). *La extraña historia de la comercialización de los remedios en Industrias Internacional Farmacéutica*. Caracas: El Cid Editor.
- Community Health Center Plan (1977). *Annual Report 1975/76*. New Haven, Connecticut: Community Health Center Plan.
- Division of Health Maintenance Organizations (1977). What you should know about HMOS. *Division of Health Maintenance Organizations*, n. 77.
- Donabedian, A. (1973). *Evaluación de la Atención del Paciente*. Buenos Aires: CLAM.
- Donald, A. (1973). *Measurement of use and demand. Uses of epidemiology in Planning Health Services*, Tomo II. Belgrado: Proceedings of 6th Internat. Scient. Meet.
- Due, J. F. (1967). *Análisis económico*. Buenos Aires: Fudeba.
- Ellul, J. (1960). *El siglo XX y la técnica*. Barcelona: Labor.
- Enterline, P.; Salter, V.; Mc. Donald, A.; Mc Donald, J. (1973). *Doctor visits in various income groups prior to Canadian Medicaer*, Tomo II. Belgrado: 6th Internat. Scient. Meeting, International Epidemiological Association.
- Ferrer, A. (1977). *Crisis y alternativas de la política económica argentina*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Fox, P.; Biee, T. (1979). Socioeconomic Status and use of Physician Services. *Medical Care*, n. 14, agosto, p. 714.
- Fuller, N.; Patera, M.; Koziol, K. (1975). Medicaid utilization of services in a Prepaid Practice Health Program. 103rd. Annual Convention of the American Public Health Association, Chicago, Illinois, EE.UU.
- García Diez, C. (1973). Las organizaciones para el mantenimiento de la salud como factor de cambio en la actual crisis de la medicina estadounidense. *Atención Médica (CLAM)*, v. 5, junio-septiembre.
- Gibson, R. M.; Fischer, Ch. (1978). National Health expenditures. Social Security Bill, EEUU, n. 6.
- Glaser, W. (1970). *Paying the doctors. Systems of Remuneration and their effects*. Baltimore: J. Hopkins.
- Godelier, M. (1974). *Racionalidad e irracionalidad en economía*. México: Siglo XXI.
- Goldsmith, J. (1980). The health care market: Can hospitals survive. *Harvard Business Review*, septiembre-octubre, pp. 100-112.
- Greene, S.; Salber, L.; Feldman, J. (1978). Distribution of illness and its implications in a rural community. *Medical Care*, v. 16, n. 10.

- Griffiths, D. A. T. (1972). *Economic evaluation in the health services*. New York: An. Soc. Belg. Trop. Group Health Association of America. (1978). National HMO Census Survey 1977. Washington: Group Health Association of America.
- Hahler, H. (1977). *Plan de salud para todos*. Crónica de la OMS, 31-558-556, Ginebra.
- Haro, A. S. (1973). *Measurement of Need. Uses of epidemiology in planning health Services*. 6th Int. Scient. Meet., Belgrado.
- Health Policy Advisory Council (1973). *Materials on Prepaid Health Plans*. San Francisco: Health Policy Advisory Council.
- Hegel, G. F. (1975). *Filosofía del Derecho*. México: UNAM.
- Hegstrom, D. (s/f). Computerised axial tomography. *World Hospitals*, v. 15, n. 2-1.
- Hill, J. D.; Hampton, J.; Mitchell J. R. (1978). A randomised trial of home versus hospital management for patients with suspected myocardial infarction. *The Lancet*, v. 11, n. 4.
- Illich, I. (1978). *Nemesis Médica*. México: Joaquín Mortiz.
- Instituto Nacional de Tecnología Industrial (1974). *Aspectos económicos de la importación de tecnología en la Argentina en 1972*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Tecnología Industrial.
- Jacoby, H. (1972). *La burocratización del mundo*. México: Siglo XXI, México.
- Jelinek, R.; Munson, F.; Smith, R. (1974). *Servicio de Administración de Unidades*. Buenos Aires: CLAM.
- Jeffers, J. R.; Boguanno, M.; Barlett, J. (1971). On the demand bs need for medical services and concepts of "shortage". *Am. Journal Public Health*, v. 61, n. 1, enero, doi: 10.2105/ajph.61.1.46.
- Jequier, N. (1979). *Tecnología apropiada: problemas y promesas*. Washington: OPS-OMS.
- Kalimo, E. (1969). *Determinants of Medical Care Utilization*. Finlandia: Engl. Sum. Sosiaaliturvan Tutkimuslaitos.
- Katz, J. (1973). *Los medicamentos en la Atención Médica*. Argentina: Centro de Estudios Médicos, Informes Técnicos, Confederación Médica de la República Argentina.
- Katz, J. (1974). *Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kefauver, E. (1966). *In a few hands Monopoly Power in America*. Harmondsworth: Penguin.
- Kelsen, H. (1960). *Teoría pura del derecho*. Buenos Aires: Eudeba.
- Klarman, H. E. (1965). *The economics of health*. New York: Columbia University Press.
- Kleinsman, J.; Gold, M.; Makue, D. (1981). Use of ambulatory Medical Care by the Poor. *Medical Care*, v. 19, n. 10, octubre, pp. pp. 1011-1029.
- Koos, E. L. (1954). *The Health of Regionville*. New York: Columbia University Press.
- Krieger, M.; Suárez, F. (1975). *El sector científico técnico y la industria farmacéutica argentina*. Buenos Aires: Instituto para el Estudio de la Ciencia Latinoamericana (ECLA), Universidad del Salvador.
- Krieger, M.; Prieto, N.; Piñón, F. (1976). *Administración de la ciencia y la tecnología en la industria químico-farmacéutica*. Buenos Aires: Instituto para el estudio de la ciencia latinoamericana (ECLA), Universidad del Salvador.
- Krieger, M.; Prieto, N. (1977). Comercio exterior, sustitución de importaciones y tecnología en la industria farmacéutica argentina. *Desarrollo económico*, v. 17, n. 66, julio-septiembre, pp. 179-210.
- Laean, J. (1964). *Foundation et champs de la parole et du langage*. Paris: Le Seuil.

- Lain Entralgo, P. (1964). La relación médico-enfermo. *Revista de Occidente*, pp. 241-243.
- Langendock Van (1972). *Seguro social de salud en seis países de la comunidad económica europea*. Buenos Aires: Centro Latinoamericano de Administración Médica.
- Lapalombara, J. (1970). *Burocracia y Desarrollo Político*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurell, C. A. (1981). *Condiciones de trabajo y desgaste obrero*. (Tesis de maestría). Xochimilco, México: Universidad Autónoma de México.
- Lévi-Strauss, C. (1968). *Antropología Cultural*. Argentina: EUDEBA.
- Luft, H. (1981). *Health Maintenance Organizations*. New York: J. Willey and Sons.
- Mahler, H. (1981). *El sentido de la Salud para todos en el año 2000*. Foro Mundial de la Salud, OMS. Ginebra.
- Mahon, B. M.; Ipsen, J.; Pugh, T. (1965). *Métodos de Epidemiología*. México: La Prensa Mexicana.
- Marcus, A.; Reeder, L.; Jordan, L.; Seedman, T. (1980). Monitoring Health Status. *Medical Care*, v. 13, n. 3.
- Marcuse, H. (1969). *El hombre unidimensional*. Barcelona: Seix Barral.
- Martínez de Hoz, J. A. (1981). *Bases para una Argentina Moderna, 1976-80*. Buenos Aires, diciembre.
- Martz, L.; Thomas, R.; Mc G.; Colling, A. (1976). Payoff: the growing scandal. *Newsweek*, v. 26, n. 2.
- Mc Craine, N.; Murray, M. (1978). The Pharmaceutical Industry. *International Journal of Health Services*, vol. 8, n. 4.
- Mechanic, D. (1972). Sociology and Public Health: Perspectives for application. *American Journal Public Health*, v. 62, n. 2, febrero, pp. 62-146, doi: 10.2105/ajph.62.2.147
- Mercado (1980). Radiografía de los sistemas médicos. v. 30, n. 4, pp. 33-37.
- Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública (1970). *Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud*. Argentina: Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública.
- Moyno Llerena, C. (1978). La industria farmacéutica y el tercer mundo. IX Asamblea de la Federación Internacional del Medicamento, octubre.
- Navarro, V. (1978). El seguro nacional de salud en los EEUU. *Cuaderno Médico Social*, n. 6, diciembre.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Informe del grupo asesor sobre preparación de un programa de lucha contra la enfermedad diarreica*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *Ciencia y tecnología para el fomento de la salud en los países en desarrollo*. Crónica de la OMS, 33-455-464, 513-524, Ginebra.
- Paganini, J. M.; Mateo, J. (1975). El consumo de salud en términos espaciales en el Área Metropolitana. *ESS y EM*, n. 2, serie 5.
- Paris, M.; Mc Namara, J.; Schwartz, M. (1980). Monitoring ambulatory care: Impact of a surveillance program on clinical practice patterns in New York City. *American Journal Public Health*, v. 70, n. 8, agosto, pp. 783-788, doi: 10.2105/ajph.70.8.783.
- Pharmaceutical Marketing Argent (PMA) (1981). *El mercado del medicamento argentino*. España: PMA.
- Pietragalla, M. (1977-1980-1981). *Experiencia argentina en la aplicación de la ley de transferencia de tecnología*. Buenos Aires.
- Puffer, R. y Serrano C. (1973). Mortalidad en la niñez. *Organización Mundial de la Salud*, Publ. Cientif. 262, Washington, 1973, pp. 169-175.

- Relman, A. (1980). The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, v. 17.
- República Argentina (1981). Anuario estadístico de la República Argentina. Buenos Aires.
- Rosenberg, N. (1979). *Tecnología y economía*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Rosenthal, G. (1977). Anticipating the cost and benefits of new technology: A typology for policy prepared for the Sun Valley Forum. *Medical Technology*, v. 1, n. 5, agosto.
- Sanjaya, L. (1977). *Industria internacional farmacéutica*. Caracas: El Cid Editor.
- Sauvy, A. (1965). *La burocracia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina, Organización Panamericana de la Salud (1970). *Estado de salud de la población del Área Metropolitana*, Encuesta de Morbilidad, Serie 6, Nro. 1, Buenos Aires.
- Secretaría de Estado de Salud Pública, Departamento de Economía Sanitaria. *Discusiones sobre temas de Economía Médica* (1977). Buenos Aires: Secretaría de Estado de Salud Pública, Departamento de Economía Sanitaria.
- Servan Schreiber, J. J. (1981). *El desafío mundial*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Schmookler, J. (1966). *Invention and economic growth*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sidel, V.; Sidel, R. (1977). *A Healthy State*. New York: Pantheon Books.
- Sigerist, H. (1974). *Historia y Sociología de la Medicina*. Bogotá: Editorial Guadalupe.
- Slatopolsky, M. (1980). Primera Reunión Nacional sobre medicamentos. Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas, Rosario, 28-29-XI.
- Sonis, A.; Paganini, J. M. (1972). *La Atención de la Salud en Medicina Sanitaria y Administración de la Salud*, Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo.
- Sonis, A. (1978). *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*, Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo.
- Souilla, B.; Paganini, J. M.; Sonis, B.; Giannantonio, C. A. (1974). Calidad y Eficiencia de la Atención Médica. *Atención Médica*, v. 3, n. 1/4.
- Steinman, A. (1989). La industria nacional y el equipamiento médico. *Medicina y Sociedad*, v. 2, n. 3-4.
- Taylor, C. E. (1969). *Public Health Research*, in Medical Research Proceedings of a Round Table Conference, Council for International Organizations of Medical Sciences, OMS, Ginebra, 8/10 de Octubre, pp. 61-68.
- Teilhard de Chardin, P. (1955). *Le phenomene humain*. Paris: Seuil.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Ter Pogossian, M.; Raichle, M.; Sobel, B. (1980). Tomografía de emisión de positrones. *Scientific American*, v. 51, n. 88.
- Time* (s/f). Medical Costs. *Time*, v. 113, pp. 32-39.
- Toffler, A. (1972). *El shock del futuro*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Toffler, A. (1980). *La tercera ola*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Vaitsos, C. V. (1974). *Intercountry Income Distribution and transnational enterprises*. Oxford: Clarendon Press.
- Verardo, E. (1977). *Medicamentos y Política de Salud*. Argentina: Secretaría de Estado de Salud Pública.

- Veronelli, J. C.; Rodríguez Campoamor N. (1971). La política sanitaria nacional. *Cuaderno de Salud Pública*, n. 6/7, julio-diciembre.
- Waitzkin, H. (1981). Unidad de cuidado coronario, crecimiento y desarrollo de su tecnología. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 16, abril, pp. 31-41.
- Wall Street Journal (1977). Disclose payment abroad. *Wall Street Journal*.
- Weber, M. (1974). *Economía y sociedad*, Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica. Weinstein, M. (1979). Economic evaluation of medical procedures and technology: progress, problems and prospects of medical technology. *U.S. Depart of Health, Educ. And Welf. Pub.*, v. 79, septiembre.
- Wersinger, R. y Roberts, J. (1977). *A comparative analysis of the enrollment and utilization experience of a Federally qualified Prepaid Group Practice. HMO. The first three years experience*. EEUU: Tennessee Valley Group Health Association.
- White Kerr, L. (1974). Epidemiología Contemporánea. *Revista Atención Médica*, v. 2, n. 3/4, diciembre-marzo, pp. 1-32.
- Williamson, J. W. (1971). *Evaluating quality of Patient Care*. New York: J.A.M.A.
- Wilson, R.; White E. L. (1977). Changes in morbidity, disability and utilization differentials between the poor and the nonpoor. *Medical Care*, v. 15, n. 8.
- Winner, L. (1979). *Tecnología autónoma*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Zola, I. (1964). Illness Behavior of the Working Class. En: A. Shostak; Gomberg, W. *Blue Collard World*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

En este libro, Floreal marca la diferencia sustancial de la medicina biologicista y la medicina social, haciéndonos pensar sobre situaciones complejas de la salud, las inequidades sociales y la política. Marca la importancia de la participación popular en las estrategias de salud y expone claramente su posicionamiento sobre la construcción de la salud, marcando que no se hace desde arriba, sino que se debe construir desde las comunidades.

Pedro Ferrara

Fragmentos del Prólogo

