

## **EFFECTOS DE LA CRISIS ECONOMICA EN EL SECTOR SALUD POLITICAS, ORGANIZACION, FINANCIAMIENTO<sup>1</sup>**

*Beatriz Eugenia Ortiz U.*

Al abordar el tema es necesario aclarar que el Sector Salud se encuentra en crisis sin que se pueda decir que ella sea debida a la coyuntura de crisis económica actual; la crisis del sector salud es constante y su intensidad fluctuante dependiendo ello del momento económico y político por el cual se atraviese en el país objeto de análisis o como reflejo de las luchas por las reivindicaciones sociales que en el mundo moderno se dan.

La crisis del Sector Salud se origina en múltiples factores, se tratará de sustentar esta afirmación a través de la explicación de algunos de ellos que se puedan considerar como generadores de la situación:

- La carencia de identidad
- La confusión en la determinación de prioridades
- El financiamiento del sector

<sup>1</sup> Presentado en el III Curso Internacional en Política y Administración de Salud para América Latina y el Caribe. Fundación Getulio Vargas. Escuela Brasileira de Administración Pública. Programa de Estudios Avanzados en Administración Pública para el Sector Salud. Río de Janeiro, Brasil, 1984.

## CARENCIA DE IDENTIDAD

El sector salud por sí; no existe, es necesario entrar a construirlo es decir a definir las fuerzas que ejercen el poder y su principio organizativo, con lo cual su composición será cambiante y ello tendrá mucho que ver con las coyunturas políticas, económicas y sociales que se den en el momento de la definición de aquello que se va a entender como Sector Salud, esta situación hace que no puedan establecerse comparaciones válidas entre sectores de diferentes países, al igual que permite la adaptación e instrumentación de las políticas basadas en las coyunturas y que, conservando el mismo enunciado, se encuentren estrategias de acción muy diferentes en países de economía capitalista o de economía socialista, e inclusive dependiendo del momento en la vida nacional de un mismo país, la instrumentación de las políticas y la definición del sector va a cambiar.

Esta carencia de identidad debe tenerse presente en el momento de entrar a estudiar lo que sucede dentro del sector, pues es fundamental descubrir primero cual fue la coyuntura concreta en la cual se definió la composición de salud como sector y cuáles fueron las fuerzas e ideologías predominantes en ese entonces, pues ello permitirá identificar si es o no vigente la definición, cuál el sector hegemónico en el cual recaerá la responsabilidad de trazar e implementar las políticas y formas de organización y, si es viable o no la instrumentación de ellas o se convertirán en simples enunciados imposibles de concretar.

En momentos de crisis económica como la actual, pueden presentarse agudizaciones de esta falta de identidad puesto que se presentarán cambios en las fuerzas que ejercen el poder, se alterará la combinación de los sectores y sus formas de relacionamiento y probablemente se mude de sector hegemónico.

Se puede también hablar de crisis de identidad cuando se analiza el objetivo del sector salud el cual se encuentra enunciado en el Documento oficial 173 de la OPS (Salud para todos en el año 2000 Estrategias) en la página 150. "Lograr la máxima reducción de la mortalidad y la morbilidad que se atribuye a causas sociales, somáticas y ambientales", pero "la política Médico-Sanitaria tiene una influencia mínima sobre los indicadores de morbilidad y mortalidad en la medida en que no pueden actuar sobre la verdadera causa de los problemas, o sea, sobre las precarias condiciones de vida de la mayor parte de la población". (Cristina Possas pág.27).

Esta dicotomía hace que se carezca de identidad en el quehacer, se carezca pues de imagen objetivo; se plantea un algo para lograr por parte del sector, en el cual éste

carece de los medios de intervención que le permitan lograrlo, ya que, salud, que es lo que se pretende conservar a través del cumplimiento del objetivo, como fenómeno social que es, no tiene causas sino determinaciones y es a través del proceso de resolución de las contradicciones que los hechos o fenómenos naturales, sociales o biológicos generan, que se llega a sintetizar cuál es la salud de la población, es decir, es a través de la cuantificación de las atenciones resultadas de los problemas que se presentan los índices de salud.

A este conflicto de objetivos se suma el absurdo cotidiano del quehacer en el sector salud pues se trabaja es con la enfermedad y es ésta la que produce los medios y la razón del quehacer ya que mientras más personas estén enfermas y mientras más tiempo permanezca el enfermo en cuidado médico, más habrá que trabajar y mucho más se ganará. "El médico vive de la enfermedad, no de la salud, está cointeresado en la morbilidad, no en la prevención; trabaja en constante conflicto con su propia misión y su interés". (Berlinguer, pág.169).

La dicotomía de objetivos del sector como un todo y del quehacer individual del profesional, es una de las formas como se ha desarrollado y perpetuado a través de la historia la crisis del sector.

En una coyuntura de crisis económica entra a convertirse en imposible de alcanzar el objetivo del sector y a intensificarse ese absurdo cotidiano pues no puede responderse a unas condiciones de vida que garanticen un nivel adecuado de subsistencia y menos aún con el objetivo que se plantea también en el Documento de estrategias de la OPS para los sectores económico sociales en conjunto y que dice "El objetivo socio económico es satisfacer las necesidades básicas del 100% de la población en cuanto a empleo, nutrición, vestido y vivienda, servicio de salud, educación, agua potable y saneamiento a un nivel adecuado para mantener la salud pública y mental y el bienestar. La labor prioritaria es el establecimiento de justicia social, es eliminar la extrema pobreza y la desigualdad en la provisión de servicios tanto intra como inter países" (Documento oficial OPS 173 pág.149) ya que los intereses financieros estarán encaminados hacia otros sectores, se podrán presentar exigencias internacionales de dar prioridad a los aspectos monetarios externos que lejos están de privilegiar una adecuada financiación de las políticas sociales, "prisionan" más bien restricciones en el gasto social y así, esa definición de necesidades básicas obedecerá a un discurso demagógico, en el cual lo que menos se tendrá en cuenta serán las verdaderas necesidades de la población y la definición de las necesidades a atender, se hará con un criterio de conveniencia a la coyuntura político-económica del momento.

Cuando se trate de analizar el efecto que una coyuntura produce sobre la definición de políticas es importante recordar que "la salud es uno de los componentes básicos del bienestar humano y que un nivel de salud dado, está determinado y a su vez condiciona un nivel de bienestar. El sujeto central de la acción está constituido por los grupos humanos que integran la sociedad y sus circunstancias e historia específica y no el individuo ni la enfermedad como noxas o categorías biopatológicas aisladas. Esas circunstancias y la historia biológica y social de cada grupo determina una trama específica de problemas de salud y de factores de riesgo que implican una trama de soluciones posibles, en función del conocimiento disponible y de las posibilidades y limitaciones que plantea el ambiente nacional de cada época determinada" (Trujillo pág.4).

En resumen, se sustenta la crisis de identidad permanente a través de:

1. La construcción de salud como sector la cual variará según la coyuntura en que se produzca y las fuerzas e ideologías predominantes.
2. La dicotomía entre los objetivos del sector y las realizaciones que se pueden desarrollar para alcanzarlos, lo cual genera una carencia de imagen objetivo.
3. La dicotomía entre la misión y el interés del agente de salud que puede llegar a generar una "doble contabilidad" sin que los balances se puedan comparar o coincidir.

En conclusión, se tiene que la crisis es subsidiaria del ritmo de otros sistemas y sectores, en la cual existe un factor que juega el papel principal en esa carencia de identidad: Históricamente la salud ha sido considerada como un problema biológico, hecho que se encuentra descrito en muchos escritos de la literatura universal, recuerdo ahora Memorias de Adriano, dice éste, "Es difícil seguir siendo emperador ante un médico y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y de sangre" (Yourcenar Magarite pág.9). Sólo después de la década de los 70 se ha reconocido que la salud como uno de componentes del bienestar se ve altamente afectada por los otros factores que hacen referencia a condiciones de vida y a raíz de la formulación de la Meta de salud para todos en el año 2000 ha entrado a tratarse como un problema integral resultado del desarrollo económico social de los pueblos.

## **CONFUSION EN LA DETERMINACION DE PRIORIDADES**

La confusión en la determinación de prioridades que se sustenta también es culpable de la crisis permanente del sector, hace referencia a tres aspectos fundamentales.

Primero, a la aparición de salud como un sector con estructura de poder en la cual se define las fuerzas que ejercen el poder y su principio organizativo;

Segundo a la definición de las políticas de salud como un componente de las políticas sociales y,

Tercero a la organización del sector como resultado necesario a la instrumentación de la política.

## **SALUD COMO SECTOR**

La determinación de los países Latinoamericanos de priorizar la organización del Sector Salud con una estructura de poder determinada y como ente jurídico legal, Ministerio o Secretaría, no se generó en la inquietud de sus gobernantes por tratar de garantizar mejores servicios en busca de proteger la salud de sus conciudadanos, ni tampoco como resultado de luchas de las clases populares por alcanzar un servicio al cual tienen derecho y que mal que bien, se encuentra enunciado en la constitución de la mayoría de los países del mundo; esa priorización en la organización del sector aparece por la década de los años 30 en estrecha relación con los intereses de explotación capitalista internacional de las riquezas naturales de los países Latinoamericanos y prácticamente estos son presionados a la organización del sector por "Sugerencias" directas de misiones extranjeras que estaban interesadas en el saneamiento ambiental de las zonas objeto de intervención capitalista.

Esta presión llevó a la crisis de aparición pues su estructura orgánica está orientada por esas necesidades externas y no realmente como respuesta a la problemática de la propia comunidad, las políticas se definen como protección al capital extranjero y no como protección a los ciudadanos de la nación, la financiación se hace casi en su totalidad con ayudas internacionales y no con recursos presupuestales propios del país; esos Ministerios o Secretarías se constituyen en verdaderos aparatos del Estado, son rectores de la política de salud, representan los intereses de las cam-

pañías extranjeras al mismo tiempo que prestan un indudable y bienvenido servicio al país pero que no responde a las verdaderas necesidades de la población, la cual continúa siendo precariamente atendida en lo que a sus condiciones de vida se refiere.

Esta alianza entre el Estado y los representantes del capital transnacional crea una estructura de poder conflictiva y generadora de crisis con el devenir del tiempo pues la población incrementa las demandas al sector, ya no solamente para que atienda la problemática ambiental de las zonas rurales de "desarrollo económico", sino también para que se cubran los centros que se han formado alrededor o como consecuencia de ese desarrollo económico y se atiendan las problemáticas determinadas por los fenómenos naturales, biológicos y sociales, lo que obliga a la extensión de la red hospitalaria a instalaciones de saneamiento ambiental en zonas urbanas y a la reformulación de las políticas de salud, su estructura orgánica y la financiación de forma tal que estas respondan a necesidades de atención de la población en general; al mismo tiempo, la clase industrial tiene unos intereses muy distintos frente a la salud de los individuos, sólo está interesada en preservar un estado de salud adecuado en los individuos, no como personas en sí, sino como fuerza de trabajo, se entra nuevamente en contradicción entre el qué hacer y el porqué hacerlo, se entra en crisis de existencia y se trata de resolver organizando subsectores paralelos para que unos se responsabilicen de la "Salud" del pueblo en general y otros por la salud de la fuerza de trabajo, aparecen así los Seguros Sociales.

En momentos de coyuntura de crisis económica esa alianza se rompe o se solidifica aún más; la ruptura puede producirse por la presencia de políticas de corte monetarista que exige el recorte de los gastos sociales y, que no sean acogidos por el Estado en razón de las condiciones del clima social presente, privilegiándose así, el mantenimiento de una política de salud que atenúe el caldo de cultivo para una revolución social y no se transfiera el dinero para responder a las catástrofes económicas del sector industrial. La ruptura es momentánea, pues generalmente las políticas sociales que en un principio van contra los intereses de la clase dominante, al final también la protegen.

La solidificación se puede presentar cuando acogiendo las indicaciones se hacen recortes en los gastos sociales, se deja al juego del mercado la salud de la población y se permite que se generen grandes complejos médico industriales de carácter privado que se insertan en los circuitos de acumulación de capital más desarrollado, las multinacionales.

## **POLITICAS DE SALUD COMO COMPONENTE DE LAS POLITICAS SOCIALES.**

Los conflictos generados en la simultaneidad de dos funciones contradictorias que tiene el estado capitalista, lleva a crisis permanentes al Sector Salud pues de acuerdo a la política económica y social vigente se producen políticas que priorizan una u otra función, asegurar la acumulación de capital y legitimarse a través de una política social adecuada.

Las políticas sociales no se dan en el abstracto, ni son buenas por sí solas, ni son el resultado de la buena voluntad de un mandatario de turno, ellas deben ser entendidas en un contexto de economía capitalista y como resultado de una evolución social en la cual se produce transformaciones históricas en la relación entre la clase dominante y la clase dominada.

La instrumentación de las políticas sociales se da a través de diversas formas de intervención estatal; a veces se produce a través de medidas jurídicas, otras a través de subsidios a productos o aspectos específicos de consumo popular, también a través de diferentes dominios de la política social o ser definida por sus objetivos inmediatos.

La definición de las políticas sociales se hace en función de grupos de población específicos, los cuales se clasifican según diferentes razones, entre ellas; edad, criterios de normalidad/anormalidad, zonas geográficas dadas, etc., pero esta clasificación al mismo tiempo que divide y fragmenta la población, tiene como finalidad el control y la señalización que las aísla y caracteriza como tales; por ejemplo en salud, "la enfermedad pasa a ser atribuida a la falta de higiene personal, a educación deficiente, a un mal comportamiento del individuo que fuma, bebe y come en forma indebida" (Faleiros pág.58), mas no como el resultado de la descomposición económica y social que hace que haya unos pocos dueños de los medios de producción, concentradores de capital y unos muchos dueños de su fuerza de trabajo que se desenvuelven en unas condiciones de vida de pauperización y cuyas enfermedades, en su mayoría, no se previenen a través de tecnología médica sino, como resultado de una redistribución equitativa del capital en la que haya una disminución de las desigualdades entre las diferentes clases sociales.

Faleiros, citando a Piven y Cloward dice que "las políticas sociales se desarrollan o retraen según la coyuntura política en relación con los Estados Unidos" (Pág.69). En América Latina cuando hay períodos de agitación social, se extienden los pro-

gramas de asistencia social y en momentos de expansión capitalista, se presenta una política restrictiva con el fin de reforzar la disciplina y el trabajo.

Las formas de legitimación del estado pasan por diferentes transformaciones a lo largo de la historia las cuales son cambiantes y se dan según la correlación de fuerzas con una coyuntura política; en América Latina por ejemplo se encontró el Estado Militar movilizador, el Estado Militar tecnocrático, el Liberal Paternalista y una gran combinación de estas caracterizaciones que pretenden esquematizar la política social latinoamericana bajo un solo enfoque de análisis. Es imposible, pues cada una de estas caracterizaciones tiene su forma de intervención propia.

El transformar en política social los problemas sociales lleva a que sean administrados política y profesionalmente, es así como:

La delincuencia se transforma en una cuestión jurídica;

El problema del menor, en una situación de educación;

Los problemas de salud, en cuestión de hospitalización y drogas;

El hambre y la desnutrición, en un problema relacionado con la red de abastos y supermercados, se busca en últimas el control, la desmovilización y despolitización de las fuerzas denominadas, pero muchas veces las acciones asumidas por el Estado para producir cambios, no produce los resultados ni alcanza los fines para los cuales fueron planificadas.

La priorización de una u otra política de salud va a depender de cuán importante sea la acción como parte de esa política social establecida con el objeto de responder a presiones sociales o a coyunturas económicas y políticas, lo que lleva a crisis permanente por lo que la mayoría de las veces se producen estrategias de acción contradictorias que deben tomarse para responder al deterioro en la calidad de vida de las personas debido a la situación económica y a la destrucción ecológica sin control estatal generado por la responsabilidad en el manejo de los productos tóxicos en la explotación inadecuada de los recursos naturales.

En un mismo período gubernamental se puede encontrar el mismo discurso político en salud pero sus formas de instrumentación son muy cambiantes, se presentan grandes contradicciones entre la forma como el régimen político actúa y los meca-

nismos que pretende desarrollar como formas de compensar la reducción de los gastos asignados al sector; es el caso de muchos gobiernos recesionistas que claman por la Participación Comunitaria de acuerdo a los dictámenes de la Atención Primaria en Salud pero que actúan reprimiendo al pueblo e impidiendo sus manifestaciones de protesta contra las condiciones de vida y la descomposición social presente.

La política sanitaria da preferencia a la atención colectiva basada en prevención y, los programas desarrollan una priorización en la asistencia individual curativa; se formulan políticas de salud que exigen que los agentes de salud trabajen con profesionales de otros campos del saber social y económico y con técnicos de otras áreas sanitarias y, la formación es individualista con énfasis en lo biológico y lo clínico y de tipo eminentemente curativo y reparador pues continúa considerándose la función del médico "tan esencial, tan decisiva en el dilema radical que envuelve al hombre - vida/muerte y su poder en algunos casos es absoluto y real que no es fácil y puede ser impopular, realizar un análisis objetivo" (Berlinguer pág.157) de cuál debe ser la política de formación del médico para que pueda desempeñar el papel que le corresponde cumplir en un sector eminentemente social que recibe los resultados de unas condiciones de vida inadecuadas.

La coyuntura de crisis económica actual lejos está de haber generado la situación descrita, las políticas de salud pueden, tal vez, tener ahora una forma de instrumentación diferentes, probablemente ellas continúen privilegiando los subsectores privados, la práctica de la medicina curativa, individual, de hospitalización y especializada, haya cambio del sector hegemónico, se busquen nuevas formas de atención, en resumen, se continúe la dependencia, la incertidumbre y el conflicto del sector pues las políticas de salud son muy vulnerables, el Estado es contradictorio en su accionar frente a las políticas sociales y reprime acciones que serían fundamentales como apoyo a un verdadero desarrollo social.

Es también muy precario el trabajo del "agente de salud" debido a la incertidumbre en que se mantiene el sector, a los cambios bruscos en las estrategias de acción, a la vulnerabilidad de las políticas sociales y a la dependencia externa en el quehacer cotidiano.

## **ORGANIZACION DEL SECTOR**

Al explicar los orígenes de salud como sector se vio que en ese entonces la prioridad en la organización se debió a presiones de origen externo con intereses muy dis-

tintos a proteger la salud de los pueblos, igual condición se ha mantenido a través del tiempo con muy pocas excepciones, la organización del sector obedece a intereses diferentes a los de brindar salud, generalmente hay un verdadero trasfondo político en los objetivos que se busca alcanzar; Berlinguer, citando a Dalmaestro en su análisis de los programas sanitarios de la Alianza para el Progreso dice: "Llamamos la atención a los médicos y a la población latinoamericana advirtiendo que debemos confiar la solución de nuestros problemas sanitarios exclusivamente a programas nuestros, exigiendo el más absoluto respeto por nuestra soberanía a la ayuda técnica y financiera exterior" (Berlinguer pág.94).

La crisis organizativa del sector, se genera desde sus inicios puesto que la estrategia de acción esconde la verdadera razón de su operación, no existe interdependencia entre propósitos, políticas y formas organizativas, a la dicotomía entre objetivos y programas que se pueden realizar para alcanzarlos, se suma la subterrneidad a los reales propósitos que impulsan determinadas políticas y formas de acción.

Se transfieren o copian formas organizativas coherentes para otros sectores o para el mismo sector salud pero que operan en coyunturas políticas, sociales, culturales y económicas muy diferentes a las del país donde se pretende hacer la transferencia, al evaluar su inoperancia se concluye que lo que pasa es que el sector es ineficiente; pero lo que ocurre es que los propósitos que se tienen son muy diferentes a los que se explicitan y se determina entonces una forma de organización que no responde a los reales objetivos; no se pueden resolver los problemas de salud pública a través de la expansión de organización y métodos de intervención que se desarrollaron en otras realidades distintas y que fueron apropiados en determinado momento histórico.

Las acciones del sector salud están en la imposibilidad de someter las condiciones de vida a una política de intervención social que garantice el descenso de la morbi-mortalidad, entonces se recurre a formas de organización cuyo funcionamiento no cumple los propósitos del sector. En la mayoría de los países latinoamericanos se da una "creciente intervención estatal actuando como regulador del mercado de producción en la organización de la práctica médica orientándola hacia la lucratividad y el favorecimiento de los productores privados de servicios (Texeira paga).

En una coyuntura de crisis económica los problemas en la organización se agudizarán aún más, probablemente habrá una mayor cantidad de propósitos no explíci-

tos que impedirán el adecuado funcionamiento del sector, podrá darse el caso de que las políticas estatales planteen protección social pero, que las medidas tomadas y las formas de intervención induzcan la privatización de la medicina y la desprotección social, con lo que la estructura organizativa será totalmente inoperante; podrá encontrarse desprotección del subsector de la seguridad social generado en los altos índices de desempleo, llevando ello a tener una organización muy grande para lo que es necesario realizar en ese momento histórico; pueden presentarse serias contradicciones en la operación del país debido a la continuidad de unas políticas de salud que se instrumentan a través de un sistema organizativo parcialmente socializado en un país de estructura capitalista, en fin, puede presentarse una desarticulación del sector salud con consecuencias imprevisibles que pueden llevar a cambios del sector hegemónico; llegando inclusive a presentarse necesidades de indemnización a los dueños de los complejos médico-industriales asistenciales pues el estado podrá retomar la responsabilidad de brindar servicios de salud como una política social que es su deber garantizar.

En resumen se sustenta la crisis en la confusión de prioridades a través de:

1. La determinación de salud como sector la cual se produce por presiones externas y con intereses muy diferentes a la salud del pueblo.
2. La definición de las políticas de salud como un componente de las políticas sociales en donde, las contradicciones entre la función de acumulación de capital y la necesidad de legitimación que tiene el Estado hace que las políticas sean muy vulnerables y que muchas veces no aparezcan claros los objetivos.
3. La organización del sector, el cual no tiene claro la razón de su estructura orgánica desde los inicios de su gestión como tal, agravándose la crisis por la transferencia de formas organizativas que son inoperantes pues no se conocen claramente los objetivos que se persiguen.

En conclusión, se tiene que la crisis del sector es permanente y producida por la dicotomía de la función del Estado; es generada también por la forma como el sector opera frente a la comunidad razón de su prestación de servicios.

Es pues producida por ese papel social que la persona tiene y que hace que actúe de forma imprevisible e impredecible ante situaciones de conflicto o de crisis; "hay estadísticas que muestran que en situaciones de crisis económicas, una insatisfacción general se refleja en una mayor demanda de atención a las instituciones de salud.

Impotente para resolver el problema real del individuo, el médico receta calmantes que evitan la explosión individual de la persona y hace que acepte mejor su condición de vida". El médico no puede alterar el orden económico y social, pero con drogas él puede amortiguar la angustia y detener o retrasar la rebelión muchas veces inconsciente del paciente. El médico actúa como agente de dominación social; consciente e inconscientemente, en un agente del orden social. (Landman pág.26).

## FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

Las formas de financiamiento del sector, son quizás las culpables de la crisis de mayor intensidad que se ha producido, el fraccionamiento del sector como resultado de la necesidad de propiciar diferentes formas de financiarlo, pues el Estado era incapaz de proporcionar la totalidad de los gastos que se generaban en la prestación de los servicios, surgen así tres subsectores que se caracterizan precisamente por la fuente de donde provienen sus fondos de operación. El privado, el oficial y el de la seguridad social.

Antes de continuar es importante aclarar que la incapacidad Estatal puede deberse a la filosofía de su estructura económico-capitalista o por la falta de adecuados mecanismos fiscales que garanticen recaudación de los dineros necesarios para una política social adecuada, en la cual el Estado no interviene porque en su filosofía está el libre juego del mercado en todos los procesos o servicios que se tengan que desarrollar; o puede deberse también a que el Estado, así sea de estructura económica capitalista, tiene entre sus fines proporcionar servicios sociales a la población, pero no define los medios para que el flujo de dineros necesarios se recauden en la cantidad adecuada que permitan el desarrollo de los procesos o servicios con financiamiento oficial.

Son también las formas de financiamiento las que han estado presentes en las crisis de instrumentación de las políticas, siendo culpables de la incertidumbre, dependencia y conflicto permanente con que se trabaja en el sector. Generalmente el flujo de dineros no es oportuno, se producen parálisis en los programas, se buscan nuevas estructuras organizativas para poder funcionar en esas etapas, se plantean estrategias transitorias, en fin, lo planeado no se puede ejecutar pues se carece de los recursos necesarios para realizarlo.

En la mayoría de los países de la América Latina, los gastos públicos en salud en el corto plazo presentan fluctuaciones grandes que tienen relación directa con la prio-

ridad política atribuida al sector salud; con frecuencia sólo los niveles de decisión y planificación están enterados de la magnitud y composición de los presupuestos y muchas veces desconoce las fuentes de financiamiento y los presupuestos de los otros sectores; este fenómeno que se da no es aislado u ocasional, es generado en la expresión directa que representa el financiamiento en la estructura de poder y que corresponde a relaciones de tipo hegemónico ya que se fundamenta en la utilización del poder político y determina la disposición de los poderes técnico y administrativo.

Para entender la estructura de poder del sector salud es necesario identificar sus componentes, analizar su dinámica y su composición interna. Se vea al inicio del análisis de financiamiento que la incapacidad del Estado, generada en diversas razones, para financiar las políticas sociales fraccionó el sector salud; los subsectores oficiales, privado y de seguridad social se constituyen en los componentes de la estructura de poder de éste con una dinámica, a los objetivos y una composición interna diferente para cada uno.

*El privado* tiene un esquema donde hay un agente o grupo de agentes prestadores de servicios y un paciente dispuesto a pagar la totalidad del costo incluidas las ganancias marginales en los exámenes complementarios y medicamentos y, el lujo y confort de la internación. El incremento de los costos por la aparición de tecnologías sofisticadas que requieren altas inversiones de capital, obliga a la creación de grandes complejos médico-industriales-asistenciales, en los cuales se establecen nuevas formas de relación entre los profesionales (no objeto de este análisis), pero se continúa con la misma filosofía en la operación.

*El público* el costo no se traslada al precio, el servicio es gratis o subsidiado, el Estado es el financiador y destina para ello una parte proveniente de los ingresos tributarios de la población. El papel social que cumple el estado es el de redistribución, generalmente los grupos sociales que aportan los fondos van a ser diferentes a los que perciben los beneficios.

*La seguridad social* "Se trata de una manera de socializar parcialmente el pago de servicios" (Díaz pág.47). Un grupo de población, generalmente patrones y empleados, aporta el financiamiento y otros generalmente el estado, define quiénes van a ser los beneficiarios de esos servicios.

"La red de interrelaciones necesarias que se crea entre los tres subsectores principales configura la organización que asume el sector salud en lo que respecta a la atención médica y señala los desplazamientos de una de las formas de poder —la administración del dinero— entre distintos grupos humanos" (Díaz pág.48).

En una coyuntura de crisis económica como la actual el comportamiento podrá ser muy diferente entre los tres subsectores.

### FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

*El Privado:* Verá reducida su clientela en razón del poder adquisitivo indispensable para los servicios especializados de alta tecnología, el igual que, probablemente, tendrá una demanda potencial mayor para servicios de medicina general y menos sofisticados como resultado de los recortes en la política social del gobierno. Muy probablemente los márgenes de ganancia serán menores y será necesario instrumentar fórmulas que garanticen el uso de la tecnología instalada.

*El Público:* Probablemente será el más afectado, se presentarán grandes disminuciones en las asignaciones presupuestarias, se generarán transformaciones políticas no transparentes que posiblemente trasladarán la hegemonía del sector, la población verá aumentada las desigualdades, los funcionarios del sector aumentarán su incertidumbre ya que no tendrán seguridad para el cumplimiento de los objetivos de los programas y su funcionamiento y menos aún, para la remuneración justa por su trabajo.

*El de la Seguridad Social:* También se afectará en razón de la pérdida del derecho a cotizar que se presentará por el desempleo que se produce al cierre de fábricas, verá así disminuido sus ingresos, pero también la demanda de servicios lo cual le generará una capacidad instalada ociosa, probablemente hará "un manejo financiero de sus fondos, cuidando más su salud económica que la del asegurado" (Testa pág.17), se podrán producir nuevas políticas de personas que puedan cotizar y beneficiarios.

En resumen se sustenta la crisis del sector como consecuencia de la precaria financiación estatal que lleva a:

- La división en tres subsectores los cuales inconscientemente luchan por la hegemonía dentro del sector.

- La incertidumbre, dependencia y conflicto en que opera permanentemente el sector.
- Identificar cómo el financiamiento es un mecanismo de poder político muy bien empleado.

En general lo que se presenta en el sector salud es una manifestación que proviene de la desarticulación de las clases sociales y la búsqueda de nuevas formas de articulación.

### CONCLUSIONES

Se presenta así cómo el sector salud siempre ha estado en conflicto y en períodos de crisis económica ese hecho sólo se agudiza e intensifica, pero nunca puede decirse que es el culpable del proceso de conflicto.

A pesar de que se den coyunturas ideales de funcionamiento de los sectores sociales, el sector salud se mantendrá en crisis, mientras no se resuelva el dilema de incorporación de lo social y lo biológico, mientras no se defina bien hasta dónde es lo biológico culpable de la enfermedad y qué tanto peso tiene lo social en la determinación del fenómeno; mientras no se tracen políticas educativas que ubiquen a los agentes de salud en el sector que les corresponde actuar, el social, no el biológico y mientras no se produzcan estrategias de acción que lleven al sector salud a considerar al paciente como ser social que es y sea alrededor de su papel en la sociedad que se produzca la información de los indicadores de salud y no como un mero fenómeno biológico al cual sólo se le registran los procesos mórbidos.

### BIBLIOGRAFIA

- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Programación, desarrollo y mantenimiento de establecimientos de salud. Washington, 1983. (Publicación Científica, 441).
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Américas 1977-1980. Washington, 1982. (Publicación Científica, 427).
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, 1980. (Documento Oficial, 173).

- ALTAMIR, Oscar. Poverty, income distribution and child welfare on Latin America: a comparison of pre-and post-recession data. *World Development* 12(3), March 1984.
- YOURCENAR, M. Memorias de Adriano, traducción de Julio Cortázar. México, Hermes 1982.
- REZENDE, Fernando. Financiamiento de las políticas sociales. Santiago de Chile, 1982. (Serie Estudios ILPES UNICEF sobre Políticas Sociales).
- TEXEIRA, Sonia María Fleury. Estado capitalista y políticas sociales. Cap. I. Mimeografiado.
- Reorientación de la asistencia médica pevidenciaria: un paso adelante o dos atrás. Mimeografiado.
- Política social en crisis en América Latina. Trabajo presentado en el III Seminario Latino-Americano de Medicina Social.
- LAURELL, Asa C. Crisis y salud en América Latina. 1982. (Mimeografiado).
- CEBES. Asistencia y salud en una sociedad democrática, contribución para un debate, (Mimeografiado), 1984.
- CENDES. Estructura del poder en el sector salud. (Mimeografiado).
- TESTA, Mario. Poder y salud, 1984. (Mimeografiado)
- VIEIRA, César. Aportamentos para a análise do financiamento das políticas nacionais de saúde - número 1984.
- ALVAREZ, D. México en el marco de la crisis económica latinoamericana. Ponencia al III Seminario Latinoamericano de Medicina Social Ouro Preto, Brasil, 1984.
- TRUJILLO, Emiro. La planificación estratégica en el sector salud. Taller Internacional sobre Economía en Salud. Bogotá, Colombia, 1984.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Repercusiones financieras y presupuestarias a nivel nacional e internacional de las estrategias regionales y del plan de acción de salud para todos en el año 2000. Abril 1984. (Mimeografiado).
- POSSAS, Cristina. Saúde e trabalho. A crise da previdencia social. Edições Grael.
- BERLINGUER, Giovany. Medicina e política. Ed. CEBES/HUCITEL, 1983. 2a. ed.

- LANDMANN, J. Medicina nao e saúde - as verdaderas causas de doença e da morte. Ed. Nova Frontera, 1983. 2a. ed.
- FALEIROS, Vicente. A política social do estado capitalista. As funções da previdencia e da assistencia sociais. 1983. 3a. ed.
- ARONCA, Sergio. Tendencias da assistencia médica na América Latina. Revista de Administración Pública 17(3): 8-21, 1983.
- CORDEIRO, Hesio. A medicina de grupo e o complexo médico-industrial. Revista de Administración Pública 17(3): 22-37, 1983.
- BARROSO, Celso. A crise da previdencia social. Rfo de Janeiro, Zahar, 1981.
- LAURELL, Asa C. Processo de trabalho e saúde - saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudios de Saúde. 11:8-22, 1981.