

# LA BIOÉTICA FRENTE A LOS PROCESOS TRANSFORMADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**Sergio Cecchetto**

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina*

*Alsina 3264 (B7602CWJ) Mar del Plata*

*Buenos Aires - Argentina*

*Teléfono (54.223) 451-3475*

*scypu@argenet.com.ar*

## **Resumen**

En el Siglo de las Luces se sentaron las bases de una nueva articulación entre la noción de salud y la de felicidad, que especialmente el Estado de Bienestar instrumentaría en sus planes de gobierno con el auxilio de la medicina científica positiva. La crisis de este orden político dejó al descubierto una crisis equivalente en el terreno de las promesas médicas, permitiendo así fuertes cuestionamientos de las políticas sociales por amplios sectores de la población apelando a las nociones centrales de equidad y de racionalidad.

Las propuestas técnicas de superación de esta crisis sanitaria se formularon bajo la forma de llamamientos a la privatización, la descentralización y la focalización, olvidando problemas de fondo en el sector, los cuales requieren antes atacar con herramientas políticas el funcionamiento defectuoso de los sistemas de salud, y emprender revisiones conceptuales de todas las iniciativas profesionales que mercantilizan y medicalizan la normalidad, la naturalidad y lo humano.

**Palabras clave:** servicios de salud, privatización, focalización, descentralización, bioética.

## Abstract

The Enlightenment allowed the notions of health and welfare to be integrated in a new way, which was put forward by a Welfare State whose government designs had the aid of the positivist scientific medicine. The crisis of this political order revealed an equivalent crisis in the field of medical promises, which gave way to strong doubts concerning the social politics in wide sectors of the population, who called on central notions such as fairness and rationality. The technical proposals to overcome this sanitary crisis were formulated in the way of appeals for privatization, decentralization and focalization, and forgot the background problems, which require a political treatment of the health system malfunctioning as well as a conceptual evaluation of every professional design that has a view of normality, the natural and the human in the light of mercantilism and medicalization.

**Key Words:** Health Services, Privatization, Focalization, Decentralization, Bioethics.

## 1. Introducción

La articulación histórica forjada entre las nociones de salud, de felicidad y de bienestar puede remontarse al siglo XVIII. En la elaboración de ese discurso político-científico que pretendió hacer jugar a todas estas ideas en un mismo terreno colaboraron grandemente las disciplinas biomédicas, no sólo cumpliendo con tareas expertas sino además operando como una instancia legitimadora y de control social. La forma política que con el tiempo asumió este programa fue conocida como Estado Benefactor o Estado de Bienestar, pero su cercana crisis alrededor de los años 1970 del pasado siglo hicieron mella también en el área sanitaria, en sus políticas sociales ligadas a la salud de la población y en su elenco de promesas, tantas veces desmesuradas. Vastos sectores comunitarios hicieron una revisión y una crítica profunda del fun-

cionamiento del sector, echando mano a los conceptos éticos centrales de equidad o desigualdad (solidaridad) y de racionalidad o eficacia.

La respuesta a los cuestionamientos citados por parte de organismos internacionales se ha formulado en términos tecnocráticos, en tanto se ha propuesto a la privatización, a la descentralización y a la focalización en el área sanitaria como soluciones definitivas para paliar los desajustes existentes. Queda, sin embargo, la posibilidad de pensar a fondo si las dificultades señaladas son coyunturales o apuntan, por el contrario, a un proceso terminal. El funcionamiento defectuoso de los sistemas de salud –al menos en los países designados eufemísticamente como «en vías de desarrollo»– no puede componerse por la sola puesta en marcha de nuevas medidas técnicas que apuntan a una parcialidad. Los problemas subyacentes del sector requieren

antes atacar con herramientas políticas y revisiones conceptuales todas las iniciativas institucionales y profesionales que mercantilizan y medicalizan la vida de la población.

En las páginas que siguen intentaremos hacer, en primer término, un rastreo histórico del entrelazamiento de las nociones de felicidad, bienestar y salud, para luego descubrir la manera en que esa propuesta tomó cuerpo dentro del Estado Benefactor. Haciendo luego especial hincapié en el sector sanitario retomaremos al conjunto de las promesas efectuadas y bosquejaremos los reclamos éticos que desde distintos sectores sociales se han formulado en razón de su incumplimiento o de su cumplimiento incompleto. Se pasará revista luego al paquete de medidas de corte técnico sugeridas para normalizar el funcionamiento del sector, haciendo de ellas una lectura crítica, esto es resaltando aspectos positivos y negativos. Finalmente, se contrapondrá esta propuesta técnica a una reformulación político-conceptual radical, en la cual aparece implicada una consideración de los procesos de medicalización de la vida y de mercantilización de la salud.

## 2. Felicidad, bienestar y salud

1. Habitualmente los teóricos que abordan el estudio de los fundamentos y orígenes del Estado de Bienestar inician sus investigaciones en la segunda mitad del siglo XIX. Desde su perspectiva el Estado benefactor aparece como resultado de la transformación y desarrollo del Estado Liberal decimonónico, y marca el

inicio de políticas asistenciales y de protección social, entre ellas a la salud.

Sin embargo, a nuestro parecer, es posible que en el momento de considerar las relaciones entre salud y bienestar el punto de arranque deba modificarse. De acuerdo con ello, creemos que un desplazamiento del análisis hacia la segunda mitad del siglo XVIII y, en consecuencia, un repaso de los valores surgidos con la Ilustración pueden permitirnos dar cuenta más acabada de las vinculaciones entre felicidad, bienestar y salud.

2. A lo largo del Siglo de las Luces una serie de monarcas europeos (Carlos III de España, José II de Austria, Catalina II de Rusia, Federico II de Prusia, etc.) iniciaron reformas en sus reinos echando mano al ideario iluminista. Estos déspotas ilustrados introdujeron en sus políticas de gobierno elementos propios del discurso de los *philosophes* franceses en relación con el porvenir de la Humanidad y especialmente sobre el tema de la felicidad. El bienestar individual y el colectivo, estaban destinados por naturaleza a ser alcanzados por el hombre. No tardó mucho en comprenderse que también la salud era un ingrediente fundamental de la felicidad; por tanto los ilustrados decidieron de igual manera exigir su promoción y protección. Este tópico es fácilmente reconocible en los programas políticos de los monarcas ilustrados, y se destaca con claridad una intención de mejorar la suerte de sus súbditos por medio de sus acciones de gobierno<sup>1</sup>. Para

---

1 Martínez Pérez, J. «Medicina y felicidad en el Siglo de las Luces». *Quirón* 23 -3- (1992) 54-61.

el hombre ilustrado la felicidad era un fin hacia el cual tendían todos los actos de un individuo sensato, un derecho inalienable y terreno, por oposición a la felicidad eterna prometida por los estratos eclesiales. Este valor secular escondía cierta complejidad porque se relacionaba en forma directa con una serie de bienes determinados tales como la vida, la propiedad, la comodidad, la abundancia, la convivencia, etc.

Los monarcas del setecientos se hicieron rápidamente eco de estos pedidos. Por cierto compartían el mismo ideal de felicidad terrena que sus súbditos pero, desde otro punto de vista, observamos que el tema de la salud fue por ellos subsumido dentro de un análisis más amplio y puesto en relación con los intereses económicos de la nación. Todos los Estados progresistas de la época emprendieron acciones en el área de la salud pública para dicha de sus gobernados.

Resumiendo entonces, encontramos que la vinculación entre felicidad, bienestar y salud fue establecida primeramente por filósofos e intelectuales y se exportó luego al plano político.

3. La incorporación de estas nociones al discurso médico tardó más tiempo en concretarse, pero lo hizo a través de las obras de Policía Médica, en las cuales se destacaba particularmente la importancia de la salud pública y su vinculación con la prosperidad de la población, «*base principal del poder y la felicidad de los imperios*». La corporación médica reclamó para sí mayores parcelas de actuación social al ofrecerse como cuidadora celosa de todos aquellos aspectos estratégicos relaciona-

dos con la salud, la higiene y las leyes. Su programa de acción era ambicioso: si les era posible efectuar una *medicalización* de las nociones de felicidad y bienestar convirtiéndolas en un asunto médico-sanitario, su inclusión corporativa dentro del nuevo modelo de sociedad que se estaba gestando estaría garantizado. De igual modo ellos operarían a la manera de expertos en un proceso de estatización de tales nociones, incidiendo con su saber en las políticas de gobierno y enrolando bajo sus órdenes a distintas clases de prácticos, barberos, comadronas, etc.<sup>2</sup>

4. La instrumentación política de la articulación felicidad-bienestar-salud le permitió a la medicina positiva, gestionada ahora desde el Estado y muy especialmente desde el Estado Benefactor, desarrollar ciertas expectativas y formular ciertas promesas. Estas, dada su desmesura, bien podrían catalogarse como *utopías* o *mitologías médicas* pues apuntaban a la erradicación final de la enfermedad, al triunfo definitivo sobre la muerte, a la prevención de las patologías más severas, a la eliminación radical del sufrimiento y del dolor, a la moralización de las costumbres, a la educación societaria de los ciudadanos y un largo y curioso etcétera. Este programa, que se arrogó el conocimiento completo y exclusivo del hombre físico y moral y aún pretendió organizar la sociedad sobre bases fisiológicas, ha conducido a una creciente *medicalización* y *estatización* de la vida de los individuos. Para decirlo

---

2 Rossen, G. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI, México, 1985.

con palabras de Foucault: «Se observa en el decenio de 1940-1950 la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo (...) Desde entonces, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo». Durante este período las ciencias médicas consiguen incorporar en su discurso progresista los ecos de las tradicionales instituciones de control social (la religión, el derecho), invistiéndose así de un poder autoritario con funciones normalizadoras que le permite ir «más allá de las demandas del enfermo y de la existencia de enfermedades»<sup>3</sup>.

### 3. El estado de bienestar: promesa y crisis

5. Por Estado de Bienestar debemos entender una respuesta institucional que viene a salvar una brecha entre el orden jurídico-político –que reconocía derechos a los ciudadanos– y el orden económico capitalista –que empuja a la miseria y a la desmoralización de grandes conjuntos sociales–. Este Estado intervencionista en materia económica está marcado por lo «social», es decir resulta un orden mediador que pretende compatibilizar esas dos lógicas, la jurídica-política y la económica, a simple vista irreconciliables, mediante sistemas de regulación que garanticen la gobernabilidad. El Estado de Bienestar, en suma, es una respuesta política para

garantizar en simultáneo democracia y capitalismo, disminuyendo al mínimo los conflictos sociales<sup>4</sup>.

Dentro de los sistemas o mecanismos de regulación mencionados aparecen los programas de reforma y asistencia, haciendo intervenir al Estado en el campo social para que ningún ciudadano corra riesgos, es decir vea amenazados sus ingresos regulares y comprometa entonces su libertad (pensiones de vejez y de invalidez, bolsas de trabajo, seguros de enfermedad y desempleo, indemnizaciones por accidente de trabajo, jubilaciones, asistencia a los indigentes, asignaciones familiares, represión del vagabundeo, control de la población, provisión de bienes y servicios tales como la educación y la atención de la salud, etc.). Desde este ángulo el Estado de Bienestar puede caracterizarse como un conjunto de «disposiciones legales que otorgan a los ciudadanos derecho a percibir prestaciones de seguridad social obligatoria y a contar con servicios estatales en situación de necesidad o contingencia»<sup>5</sup>. Estas instituciones públicas tienden a elevar la calidad de vida de la población en general o de la fuerza de trabajo en particular, a fin de disminuir las diferencias sociales ocasionadas por el mercado como producto de su funcionamiento orientado por el lucro. Ello se alcanza en el terreno de la distribución secundaria del ingreso, sea mediante

4 Castel, R. *La metamorfosis de la cuestión social*. Paidós, Buenos Aires, 1997.

5 Digilio, Patricia. «Vicisitudes del bienestar», en: Heler, M. *Filosofía social & trabajo social*. Biblos, Buenos Aires, 2002, 63-91.

3 Foucault, M. *La vida de los hombres infames*. Altamira, Montevideo, 1993, 69.

transferencias monetarias directas o indirectas (como es el caso sanitario). Su función es mantener la cohesión y la estabilidad de la comunidad, procurando integrar o neutralizando a aquellos individuos que puedan resultar una amenaza para el orden público.

Los valores que están a la base de esta forma de gobierno son la *solidaridad* por encima de las clases sociales –para algunos continuación *aggiornada* de la antigua filantropía, burguesa y paternalista–, el *igualitarismo inclusivo* –una cobertura pública generalizada y uniforme para todos, sea cual sea el ingreso de cada uno–, y la *igualdad de derechos* –pilar de la idea misma de ciudadanía–; aunque desde otro punto de mira podríamos colocar como valor subyacente el mantenimiento del orden social –la *seguridad*, la conservación del *status quo*–, la necesidad de legitimación y apoyo político –que la democracia puede hacer tambalear–.

Así, entonces, la historia toda del siglo XX se desarrolla alrededor de estos dos ejes: por un lado la extensión ilimitada del sistema de mercado y la consecuente multiplicación de los bienes en circulación; por otro lado y como gesto de reacción y defensa, la creación de movimientos e instituciones orientadas a detener el avance del mercado en lo que hace al trabajo, la salud, la tierra, la propiedad y el dinero. Los actores sociales del siglo que pasó tuvieron claridad al señalar que el mercado autorregulado, ese que se presentaba como impulsor y garantía de la igualdad social, finalmente los destruiría, ofreciéndoles apenas libertad sin protección esto es, un nuevo tipo de ser-

vidumbre<sup>6</sup>. El Estado de Bienestar sirvió para debilitar los motivos y las razones del descontento social, al tiempo que hizo más aceptable la condición de trabajador asalariado.

6. Luego de tres «décadas gloriosas» de crecimiento, expansión del capitalismo y pleno empleo (1945-1975), el mencionado programa comenzó a mostrar signos inequívocos de debilidad. Su agonía atravesó tres etapas: la crisis financiera de principios de 1970 impulsadas por la guerra de Vietnam y la suba del precio del petróleo, la crisis ideológica de la década de 1980 (reformulación del papel del Estado y las lógicas de distribución), la crisis filosófica actual, que replantea los valores de la solidaridad y la concepción de los derechos sociales<sup>7</sup>. Por un lado, entonces, las crisis energética y fiscal que se abatieron sobre el estado de Bienestar marcaron el ocaso de las propuestas económicas keynesianas, amenazadas ya por contradicciones de índole interna. Por otro, la creciente globalización hizo sentir su influjo y forzó a un proceso de desmantelamiento relativo del Estado para volver a instaurar cierta disciplina dentro de los mercados laborales. Un conjunto de dificultades antiguas –pero escasamente percibidas por la sociedad civil– salieron con estas crisis definitivamente a la luz. Los tímidos intentos por alcanzar efectos redistributivos de alguna envergadura fueron eclipsados rápidamente por una

---

6 Fitoussi, J. P.; Rosanvallon, P. *La nueva era de las desigualdades*. Manantial, Buenos Aires, 1997.

7 Rosanvallon, P. *La nueva cuestión social*. Manantial, Buenos Aires, 1995.

manifiesta incapacidad estatal para satisfacer necesidades mínimas. El peso de la deuda externa y la incapacidad para recaudar fue acompañado por una creciente deslegitimación política e institucional.

Todos estos cuestionamientos de fondo alcanzaron también al sector salud, pues los beneficios que se derivarían de las políticas sociales vinculadas con el cuerpo y el bienestar jamás se hicieron efectivos, a pesar de las frecuentes promesas hechas por la corporación médico-estatal (recordemos a modo ilustrativo el eslogan «Salud para todos en el año 2000»).

Las quejas de los capitalistas se orientaron fundamentalmente en dos órdenes: uno económico, pues si la lealtad de las masas al orden económico sólo podía perpetuarse mediante una costosa política social, entonces ello ocasionaba una reducción importante en las ganancias; otra en lo político, pues frente a las masas movilizadas democráticamente no resultaba fácil legitimar regímenes de gobierno, planes ladeados de distribución de la riqueza, ni privilegios en las clases dirigentes. Pero también se dijo, desde la derecha y la izquierda políticas, que las medidas orientadas a disminuir la pobreza sólo consiguieron aumentar la desigualdad; que la atención a los grupos desfavorecidos acabó por incrementar sus desventajas; que los estratos medios se aprovecharon más que los pobres de los mecanismos que el sistema les ofrecía; que el Estado creó ciertos beneficios universales pero que en paralelo destruyó los ya existentes administrados por los gremios, las iglesias, la familia y la comunidad; que los gastos no se condecían con

la calidad de los servicios; que el incremento de la dependencia y el clientelismo eclipsaban al crecimiento de la ciudadanía y de posturas socialmente responsables; que la gestión técnica de las necesidades ahogaba la organización de la sociedad civil; y un etcétera pasmoso de reclamos maximalistas.

#### **4. Solucionar la crisis: descentralización, focalización, privatización**

7. Con todo, y como resultado positivo de las políticas implementadas por el Estado de Bienestar en el sector salud, han de destacarse muy especialmente la notable expansión de la cobertura y el acceso menos restringido al consumo de bienes y servicios médicos para distintas capas poblacionales. Se trata igualmente de logros discretos en comparación con las proclamas del utopismo científico.

En contraposición, los conflictos y cuestionamientos al desempeño del sector salud dentro del Estado de Bienestar están ligados a la equidad o desigualdad («solidaridad» en el lenguaje de los sindicalistas), y a la racionalidad o eficiencia.

Tomando como ejemplo a la Argentina, pueden vincularse con la equidad tres aspectos fundamentales: la *exclusión*, la *estratificación* y la *regresividad en la financiación* de las políticas sociales; y con la racionalidad a la fragmentación institucional y la lógica de los modelos prevalentes.

*Exclusión* porque existe un significativo sector poblacional que se encuentra imposibilitado de acceder a los programas implementados desde el Estado (sea

por diferencias territoriales, culturales, etc.). *Estratificación* porque existen desigualdades en el monto y calidad de los beneficios que reciben aquellos ciudadanos que se hallan efectivamente cubiertos (regímenes de privilegio, diferenciales de pago por afiliado, etc). Esta fuerte estratificación se correlaciona con la estructura de ingresos que rige en la sociedad; pero no resulta extraño, además, descubrir que los intereses de los presuntos beneficiarios acaben siendo por arte de magia la docencia y la investigación biomédicas –invocadas de manera explícita por el cuerpo profesional– antes que la prevención, la cura y el cuidado de las personas efectivamente en riesgo. Por último se ha señalado también que la tensión financiera a que se encuentra sometida la política social encaminada al sector se debe a la necesidad de satisfacer demandas sociales crecientes de una ciudadanía ilustrada, y a la dificultad estatal para obtener recursos por vía impositiva. En otros términos la *política de financiamiento* del sector salud es regresiva, porque se extrae de aportes patronales que luego se trasladan a los precios y que, en último término, acaban por pagar los consumidores finales.

8. Los análisis ligados al concepto de racionalidad destacan el pobre influjo positivo que el gasto social evidencia en el sector salud. La oferta altamente diversificada y atomizada de instituciones prestatarias de servicios de salud es sin duda una de las causantes, ya que cada instancia pública, privada o de la seguridad social (Obras Sociales) funciona con un alto grado de independencia y sin responder a planificación alguna que oriente

su desempeño hacia metas nacionales en materia sanitaria con vistas a optimizar los recursos existentes. La ausencia de coherencia interinstitucional genera zonas geográficas con una alta concentración de servicios y zonas virtualmente desprotegidas, sin que medie coordinación de conjunto, direccionalidad, regulación o supervisión alguna, y es por eso que hablamos de *fragmentación institucional*. Estamos inmersos en Estados que no controlan, no fiscalizan, no dirigen ni financian a los servicios de salud.

Los *modelos prevalentes* de atención de la salud componen otro de los elementos de la noción de racionalidad mencionada. Estos apuntan, casi sin excepción, a lidiar contra la patología, entendiendo este término en un amplio sentido. Ocurre que distintas prácticas biomédicas han conseguido extender sus márgenes de aplicación y someter bajo su órbita a una serie de fenómenos que no se hallan inicialmente adscriptos a la enfermedad. Este incremento de la actividad médica permite definir a un gran número de situaciones como enfermedad, y a un gran número de personas como pacientes potenciales en razón de su edad o sus costumbres: las embarazadas y las parturientas, las puérperas y los neonatos, los infantes y los adolescentes, los ancianos, las menopáusicas y los murientes, por el solo hecho de estar atravesando una etapa especial de sus vidas y en atención a unos riesgos presumibles que se les han pronosticado, se encuentran sometidos de manera permanente a un tutelaje científico particular. Ya los expertos no se conforman con reparar lo dañado y refor-



zar los procesos naturales, con prevenir la degeneración y evitar secuelas, sino que pretenden modelar y transformar la naturaleza humana. Por lo demás las acciones destinadas a la educación para la salud, a la prevención y a la mejora del medio ambiente, no alcanzan gran predicamento dentro de una comunidad ya *medicalizada* y de una población profesional con sobreabundancia de galenos y altísimo grado de especialización, subespecialización e hiperespecialización.

9. Con este breve recorrido hemos pretendido poner en evidencia los efectos derivados de una *medicalización* progresiva de la vida que se llevó a cabo dentro de los Estados de Bienestar, y señalar el fuerte componente ideológico que los acompaña y pone en crisis no tanto a la medicina propiamente dicha sino a las utopías médicas y a las políticas sociales vinculadas con ellas.

Entre nosotros, hoy, el cuestionamiento último a la racionalidad en el sector salud se dirige a la operatoria del propio orden médico; a sus promesas incumplidas e imposibles de cumplir, nacidas al abrigo de una ideología triunfalista; y a la triple sustracción que la biomedicina en su conjunto realiza sobre el hombre, separándolo de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodea, para entronizar un *saber residual* de carácter meramente anatómico y fisiológico<sup>8</sup>.

La década de 1980 nos ha familiarizado con apelaciones a la *descentralización*, a la *focalización* y a la *privatización periférica*

8 Le Breton, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.

como herramientas técnicas de un pensar calculador orientado a disolver cualquier inconveniente en materia de política social sanitaria<sup>9</sup>. Esta receta, que cuenta con esos tres pilares de apoyo y está orientada a disminuir el gasto en salud, fue sugerida por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Grupo de los 7, el Banco Mundial<sup>10</sup>, y otros organismos de similar envergadura, envueltos todos en el ideario neoliberal que sacudió al mundo en la década de 1980.

Por *descentralización* ha de entenderse en este contexto una estrategia de apertura que tiende a recortar la participación de instancias centrales de decisión en el presupuesto que se requiere para financiar servicios sanitarios, en el caso que nos ocupa; pero se declara que la intención no es otra que acercar los servicios a los usuarios, aumentando el control directo y la eficiencia. Los efectores de salud, entonces, deben salir a competir en el mercado para captar ingresos adicionales que le permitan operar y mejorar sus ofertas hoteleras o asistenciales, especialmente frente a un público rentable (jóvenes sanos y pudientes). Este giro reinstala el *hospitalocentrismo*, dificultando el éxito de

9 Huertas, R.; Maestro, A. (coordinadores). *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*. F.I.M., Madrid, 1991; Huertas, R. «Crisis económica y política neoliberal en el sector salud». *Quirón* 24 -1- (1993) 14-19. En materia de trabajo la tríada neoliberal clásica está formada por la privatización, la desregulación y la flexibilización.

10 Banco Mundial. Financiación de los servicios sanitarios en los países en desarrollo: un programa de reformas. World Bank, Washington, 1987.

cualquier programa sanitario de alcance nacional o regional. Asimismo reproduce los problemas macro a escala micro, sin eliminar de raíz el clientelismo político, pues para ello debiera ser muy fuerte la participación de la sociedad civil.

La *privatización* aparece como una estrategia de concentración de esfuerzos, donde el estado se retira de la administración de ciertas áreas para ocuparse de lleno de otras, en las cuales el gasto social sea más productivo. Por *privatización* debe interpretarse, sin embargo, una menor intervención del Estado en las políticas sociales y la consecuente mercantilización o tercerización de distintos bienes y servicios públicos. El Estado entonces cede su papel protagónico de gestión en el área social, como productor de bienes y servicios, para transferirlo a la empresa privada, a los gobiernos locales o a las organizaciones no gubernamentales, las cuales en adelante financiarán y subsidiarán y regularán y controlarán de acuerdo con sus parámetros e intereses. Se lesiona de esta forma el principio de gratuidad, fomentando desigualdades y perjuicios para los más necesitados.

Por *focalización* se intenta señalar que el acceso a la protección social será mediado por una serie de factores como la comprobación de las necesidades. Este procedimiento tiende a evitar que las capas medias se aprovechen de los servicios ofrecidos por el Estado, en perjuicio de las capas poblacionales más desfavorecidas, hecho que aumentaría la equidad. Para esos pobres merecedores, para esos excluidos o marginales que reúnen los méritos suficientes, el grado de

inclusión social que se les ofrece mediante subsidios es sin embargo muy bajo, para no volverlos tentadores y que aparezcan como alternativa real (al desempleo, por ejemplo). Se trata de prestaciones estigmatizantes, generalmente políticas pobres para personas reconocidamente pobres, políticas que dividen a la población entre excluidos e incluidos (neo-asistencialismo, neo-beneficencia). La focalización es una visión ingenua de la universalización, que requiere de un seguimiento policial permanente. ¿Quién renunciaría a beneficios que ha adquirido a favor de los pobres? ¿No será que existen políticas públicas que se prestan a ser focalizadas –como la vivienda, por ejemplo–, y otras que no lo son –la alimentación, la salud, etc.–? En este caso se lesiona el principio de universalidad de la asistencia, provocando otro retroceso histórico y teórico, que retrotrae la situación al un antiguo sistema de «seguro», por el cual el ciudadano debe calcular riesgos anticipados para prevenirse.

La aplicación de estas recetas originan en el sector salud movimientos por todos conocidos: restricción de las inversiones en sectores que se consideran menos necesarios para la productividad, en atención al aumento de ganancias; recortes en capítulos importantes de la atención social y sanitaria a los ancianos, crónicos o enfermos psiquiátricos, programas preventivos o de promoción de la salud; desmantelamiento relativo de la Seguridad Social; deterioro en las prestaciones sanitarias; financiación mixta del sistema de salud; abolición del seguro obligatorio de enfermedad; coberturas parciales; con-

versión de los hospitales en sociedades estatales sometidas al derecho privado; transformación del cuerpo profesional en pequeño empresariado para cobrar diferenciales por productividad; tercerización de servicios (limpieza, cocina, vigilancia, informática y control de datos, radiología, diagnóstico por imágenes...); etc.

Esas estrategias técnicas pueden sin embargo ser leídas por algunos de manera positiva, y por otros de manera negativa. Más allá de eso, de lo que se trata en sustancia es de una redefinición o reconfiguración esencial de los límites entre la política y la economía, entre lo público y lo privado. Los desplazamientos mencionados no apuntan entonces simplemente a un achicamiento o a una disminución de las funciones del Estado, sino también a un cambio en las formas de intervenir en los asuntos sociales.

##### 5. ¿Soluciones técnicas o reformulaciones político-conceptuales?

10. Entiendo que esas pretendidas «soluciones técnicas» mencionadas más arriba no son efectivas, ni eficaces, ni eficientes. ¿Por qué razón? Porque la crisis del sistema de atención de la salud no remite, tal como he tratado de demostrar durante esta exposición, a una cuestión técnica ni de tecnicismos –dimensión del problema para la cual quizá la tríada propuesta alcanzaría cierto grado de oportunidad y sentido–. La visión puramente tecnocrática de los problemas sociales y su resolución por vía también *técnica* y *neutral*, ocultan su soporte ideológico, que no es otro que

la «racionalidad presupuestaria» para la elección de determinados intereses. Se olvida de manera sistemática que la herida del sistema de atención de la salud es aún mucho más honda y afecta a su propia operatoria, a su propia lógica, a su manera de entender la vida, la enfermedad y la muerte humanas, los valores y los derechos humanos. Todo el sistema de salud, tal cual hoy lo conocemos en occidente, se opone a la *desmercantilización* de la vida de los individuos<sup>11</sup>. Esto es, no les presta a las personas sus servicios como si se tratara de un derecho humano básico, universalmente distribuido, que les permitirá en adelante gestionar sus vidas sin depender del mercado.

Si se pretende entonces superar aquellas limitaciones planteadas por los teóricos neoliberales y los propagandistas de la agonía del Estado Benefactor, la reformulación ha de alcanzar varias dimensiones y atacar con herramientas políticas las causas de fondo de la crisis del sistema de salud: la debilidad del Estado para regular el sector y ejercer su poder de policía, la ilegitimidad y el descrédito de las leyes que aparecen en un contexto de democratización creciente (el universo de las costumbres que colisiona con el derecho positivo, es decir se rompe la solidaridad mecánica), la fragmentación social que permite el surgimiento de un individualismo excesivo (escasa solidaridad orgánica, con algún tibio alcance microsociales), etc.

---

11 Marshall, T. H. *Citizenship and Social Class*. Pluto, London, 1992.

Entre las reformulaciones enunciadas se inscriben también la *humanización de lo humano*, la *naturalización de lo natural* y la *desmedicalización de la normalidad*<sup>12</sup>. Las apuestas en contrario han devenido irresistibles para la biomedicina contemporánea y ello ha convulsionado al sector salud, hasta el punto de convertir a ciertas prácticas específicas y de validez limitada en procedimientos rutinarios e indiscriminados, aplicables a todo individuo y en cualquier circunstancia. De estas intervenciones desenfrenadas, que poco a poco aumentan de manera significativa los costos, se derivan efectos perjudiciales y una complejización innecesaria de la atención sanitaria. En estrecha conexión con ello aparece una nueva dificultad, rayana con la crítica: si la utilización apropiada de los recursos disponibles se ha convertido en problema, también la tarea de distribuir con justicia esos recursos queda en entredicho, pues no puede pretenderse que la proliferación de estudios diagnósticos y «preventivos» aplicados en forma rutinaria y mecánica a poblaciones sanas sea una empresa distributivamente racional ni éticamente deseable. Se impone reconocer entonces los efectos iatrogénicos derivados de esta *medicalización* de la vida: la asistencia profesional e institucional de la salud ha generado una dependencia inhabi-

litante en los usuarios, ha promovido necesidades ficticias, ha disminuido los niveles de tolerancia al sufrimiento y al malestar, ha desintegrado toda posibilidad de ejercer un cuidado responsable de sí, ha clausurado caminos emancipadores y desmercantilizadores. Como consecuencia la salud y la normalidad son hoy, para nosotros, un ideal cada vez más lejano<sup>13</sup>.

## 6. Conclusión

Todo parece resumirse en una cuestión de perspectiva: ¿asistimos a una crisis terminal del sector salud tal cual éste ha venido operando en las últimas décadas o, por el contrario, se trata apenas de pequeños desajustes y anomalías aisladas que pueden con facilidad conjurarse echando mano a distintas soluciones de tipo técnico, tales como la descentralización, la focalización y la privatización? Para los que han adoptado este segundo ángulo de mira la situación no resulta halagüeña, pues en aquellos lugares en los cuales se ha aplicado la receta recomendada, sea por desvirtuación (pérdida de la virtud), sea por inapropiación, los resultados distan de ser óptimos y los problemas iniciales se han profundizado. Debemos reconocer, con todo, que los mayores logros se han registrado en torno

---

12 Cecchetto, S. «Racionalidad, equidad y salud: la medicalización de la vida en los Estados de Bienestar», en: Fernández, G. (compiladora). *El otro puede tener razón. Estudios sobre racionalidad en filosofía y en ciencia*. Suárez, Mar del Plata, 2000, 23-33.

---

13 Este documento de trabajo fue discutido en el II Congreso Boliviano de Bioética, organizado por la Comisión Nacional de Bioética. Cochabamba, Bolivia, agosto 2003. La presente versión, modificada, fue presentada en el I Congreso de Trabajo Social sobre Derechos Sociales. Mar del Plata, octubre 2003.

de la financiación del sector y del combate a la fragmentación institucional; aunque siempre estamos hablando de casos acotados. Para los que hemos aceptado como probable el diagnóstico más radicalizado queda por delante una tarea no menos

difícil: comprender los mecanismos por los cuales hemos arribado a este estado de cosas y volver a formular filosóficamente, desde las bases, la relación entre el estado y sus ciudadanos en torno de cuestiones económicas y sanitarias.

