

Artículos seleccionados

Las prácticas sanitarias en Argentina reciente, rupturas y discontinuidades

Valeria Venticinque*

Fecha de recepción:	9 de marzo de 2019
Fecha de aceptación:	3 de junio de 2019
Correspondencia a:	Valeria Venticinque
Correo electrónico:	valeriaventicinque@yahoo.com.ar

*. UNR-UNL-UCU. Dra. en Ciencia Política

Resumen:

Este artículo busca visibilizar las características del sistema de salud en Argentina, sus rupturas y continuidades en el arco temporal que comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días. En este sentido se profundizará el análisis bajo la mirada crítica post-marxista de Chantall Mouffe y el lente feminista de Nancy Fraser.

Nuestras reflexiones buscarán visibilizar los avances de una mirada que impone la idea de servicio en el ámbito sanitario en detrimento de la perspectiva de los derechos. En este sentido este trabajo intenta lograr cierta reflexión sobre los resultados del desafortunado contrato que establecieron el patriarcado y el neoliberalismo, binomio que repercute en el entramado estatal.

Nuestras conclusiones buscarán analizar los acontecimientos productores de nuevas formas de pensar las políticas y prácticas públicas en este primer decenio del siglo XXI en Argentina, intentando buscar un camino alternativo para el ejercicio de los derechos.

Palabras clave: Salud pública - políticas y prácticas - marxismos.

Summary

This article aims to make visible the characteristics of the system of health in Argentina, its ruptures and continuities in the time span that comprrende the last decades of the 20th century to the present day. In this sense will deepen the analysis under the critical gaze post-marxista of Chantall Mouffe and Nancy Fraser feminsta lens.

Our reflections will seek to make visible the advances of a gaze that imposes the idea of service in the health sector to the detriment of the rights perspective. In this sense, this work tries to achieve some reflection on the results of the unfortunate agreement which established the patriarchy and neoliberalism, binomial that impact on the State network.

Our conclusions seek to analyse the events producing new ways of thinking policies and public practices in this first decade of the 21st century in Argentina, trying to find an alternative path for the exercise of the rights.

Key words: Public health - policies and practicas - marxismos.

Introducción

Este trabajo busca invitar a reflexionar en torno a los avatares sufridos en las últimas décadas por el sistema sanitario argentino desde una perspectiva post marxista y marxista feminista.

En principio elaboramos un breve apartado para poner luz en relación a algunas construcciones teóricas. Siguiendo buscamos, en primera instancia, describir el funcionamiento del sistema de salud en nuestro país, deteniéndonos en los elementos que nos permiten conocer mejor los avances y retrocesos en relación a las prestaciones sanitarias centrándonos en los cambios institucionales que impactaron en los derechos de la ciudadanía.

En el segundo apartado buscaremos visibilizar los elementos que nos permiten hablar de un cambio de paradigma en relación al sistema sanitario, comenzando a encontrar elementos que muestran la transición desde la perspectiva de los derechos a la mirada de la salud como un servicio. A modo de cierre reflexionamos a partir de las modificaciones que sufre la salud en Argentina y los posibles peligros a los que se ve sometida ante la hegemonía del modelo liberal-democrático.

Comenzaremos por afirmar que el ámbito de la política no es un terreno neutral que pueda aislarse del pluralis-

mo de valores y donde se puedan formular afirmaciones racionales y universales; la democracia es, por naturaleza, paradójica, y se halla en continua tensión entre dos lógicas, la democrática y la liberal. Asimismo, entendemos que los valores y afectos juegan un rol fundamental en la consecución de la lealtad a los valores democráticos (Mouffe, 2003)

Algunas consideraciones conceptuales

Cuando hablamos de la política lo hacemos en el sentido entendido por Chantall Mouffe en Agonística, pensando en las múltiples prácticas que tienen como objetivo la coexistencia humana. (Mouffe, 2014: 130). Se diferencia esta noción de un concepto de suma importancia para la teórica post-marxista, lo político, como el espacio inerradicable del antagonismo. En este sentido cuando nos referimos a políticas públicas pensamos en función de las distintas herramientas que desde las instancias de gestión estatal o de co-gestión en todos sus niveles se diseñan e implementan para pensar la coexistencia humana. En este marco la premisa indiscutible será siempre la posibilidad de alcanzar en la práctica los dos principios que sostienen las democracias modernas, libertad e igualdad de oportunidades.

En este sentido buscar la perspectiva de derechos en la construcción de las instituciones del Estado implica

para nosotros/as partir de algunas premisas señaladas por Silvia Levin (2013), la autora señala que la desigualdad es un problema de derechos humanos, de la democracia y del desarrollo. El problema de la desigualdad es el más grave que enfrentan las sociedades de América Latina, la región más desigual del mundo. Su envergadura no comprende solamente carencias económicas y sociales, sino una compleja red de “desigualdades cruzadas” que se relacionan con el género, la ubicación geográfica, la raza o etnia, que ponen al individuo en desventaja y no operan de manera aislada, sino que interactúan, crean ciclos dinámicos de desventajas, que se refuerzan mutuamente y se transmiten de una a otra generación. Se trata de un fenómeno multidimensional, que enlaza privaciones y carencias en muchos aspectos del bienestar de manera interrelacionada y con intensidades diversas en cada uno, atravesadas todas por los factores de tiempo y espacio. Así Levin entiende que el enfoque de género y el de derechos humanos son constitutivos de la política social por su raíz institucional y su normatividad jurídica lo cual otorga racionalidad y previsibilidad al tratamiento de los problemas complejos de su campo así como también certeza y legitimidad a las decisiones y acciones políticas orientadas a su resolución en clave de democracia y desarrollo. (Levin, 2013: 8)

En este sentido tomaremos aquí la posición que sostiene que la provisión de los derechos a la salud debe fundarse en el criterio igual acceso a igual necesidad, con independencia de su nivel de ingreso y observando las múltiples carencias de los sectores históricamente más desventajados.

En esta misma línea interpretativa Víctor Abramovich (2006), señala, que la idea esencial, tras la adopción de un enfoque de derechos humanos en el ámbito del desarrollo y la reducción de la pobreza es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias en esa dirección se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos. El derecho internacional brinda así un marco normativo explícito e imperativo que guía u orienta la formulación de políticas y estrategias nacionales e internacionales. (Abramovich, 2006: 6)

Entendemos la necesidad de traer luz en relación al proceso que busca generar un modelo alternativo al de Estado Benefactor propiciando el desarrollo del denominado modelo neo-conservador o neoliberal, proyecto que en nuestra región comienza a instalarse a fines de la década del '70. Así cerca de la década del '90 en Argentina particularmente, comenzaron a sostenerse las

banderas del libre mercado, cierto abandono de la idea de ciudadanía, incentivo a la competitividad, la felicidad generada mediante el consumo. En términos institucionales se apelaba a la modernización del actor estatal, como señalan Ruiz del Ferrier y Tirenni (2006), en este nuevo contexto se deja de apelar a los trabajadores/as, reconociendo al consumidor/a, usuario/a y al cliente, planteándose un escenario eficiente lejos del estatismo que, bajo la mirada neoliberal, había condenado a la Argentina a un sistema productivo poco dinámico y a servicios públicos ineficientes (Ruiz del Ferrier y Tirenni, 2006: 150)

In - Políticas de salud pública

El Sistema de Salud argentino es producto de un largo y complejo recorrido, presentó diferentes características a lo largo de décadas. Desde época temprana, en el us-sector de la salud pública, el Estado argentino fue un claro ejemplo de intervención activa. Creó jurisdicciones y áreas de gobierno, definió atribuciones y funciones, destinó recursos, legisló, distribuyó responsabilidades y delegó otras. El resultado fue una participación efectiva a través de la creación y expansión del servicio hospitalario. Los procesos migratorios, las guerras y las epidemias fueron factores que intervinieron directa e indirectamente en los procesos de definición de políticas estatales en la institucionalización y la normalización de procedimientos y funciones, y en la expansión de los servicios y las coberturas.

El objetivo del presente análisis no es historizar sobre el Sistema de Salud sino lograr analizar los hitos más importantes de las últimas décadas, que lograron hacer del sistema un conjunto de políticas que nos permitieron durante cierto tiempo pensar la salud como un derecho. Un rasgo distintivo del sistema de salud de la Argentina es la coexistencia desarticulada de tres grandes sub-sectores: el público, el de la seguridad social y el privado. A nivel agregado, cada uno de estos sectores puede ser considerado como un entramado de reglas donde coexisten múltiples actores, a la vez que se diferencian entre sí; principalmente, respecto de su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos. Asimismo, también se observa diversidad de intereses, de recursos y de fundamentos ideológicos al interior de cada uno de estos sectores. En el caso específico del subsector público, el mapa de actores incluye a protagonistas de los diferentes niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal); pero también debe considerarse su relación con los actores de la seguridad social y,

más recientemente, de los organismos internacionales de crédito (Repetto et al., 2001).

Hacia fines del siglo XIX el Estado comenzaba a ofrecer respuestas, luego de una etapa colonial donde la salud era función de las congregaciones religiosas y un segundo momento en el que la sociedad civil, o con más precisión Las Damas de Beneficencia ocupaba el rol de organizadoras de la sanidad en el Estado en conformación.

Consecuentemente el período del Estado liberal, donde el capitalismo comenzaba a organizar la vida social y existía un proteccionismo moderado de mercados nacionales se fue constituyendo, en materia de salud, con la sumatoria de hospitales de la colonia, generalmente confesionales, y un importante número de establecimientos de dependencia pública que se fueron construyendo en las primeras tres décadas del siglo XX.

Como señala Marcela Nari (2004), en Políticas de maternidad y maternalismo político, las formas que asumían las instituciones de la época naturalizaban la presencia de monjas y médicos trabajando en un mismo espacio, así todos/as circulaban por hospitales públicos, sociedades laicas o donde fuese necesario (Nari: 2004; 39). Un elemento distintivo de la época, podemos decir, fue que el hospital se fue constituyendo como el lugar de atención para el sector más vulnerable, el resto recibía atención en su casa de la mano de profesionales de la salud.

La década del '30, posibilitó una mayor intervención del Estado en diferentes áreas de la actividad económica y social, situación que modificó las relaciones con la sociedad civil. El golpe de estado que derrocó al gobierno constitucional de entonces habilitó en la Argentina la irrupción militar sistemática en la gestión del Estado durante las siguientes décadas, hasta el retorno a la estabilidad en el año 1983. Esta precariedad institucional influyó inevitablemente en las políticas sanitarias.

En el año 1944 se creó la Dirección Nacional de Salud, dependiente del Ministerio del Interior, que pasó a administrar el Fondo de Ayuda Federal destinado a compensar los desequilibrios de las jurisdicciones en ma-

teria sanitaria, y por medio de las Delegaciones Regionales ejerció influencia sobre la salud pública de las provincias y gobernaciones del país. La Sociedad de Beneficencia, perdió su tradicional función y el Estado asumió el control de los hospitales que hasta esa fecha habían estado bajo su administración. En este período el Estado comienza a tomar rasgos más precisos de la institución denominada Estado de Bienestar, suponiendo algún grado de subordinación de los mercados a la política, actuando como modernizador, creyendo en el actor estatal como un agente de desarrollo económico, y asimismo como integrador, buscando ampliar la inclusión efectiva de las capas sociales inferiores (Abal Medina, 2004: 72).

En este sentido es pertinente la crítica de Fraser (2015), en Fortunas del Feminismo, a este modelo de estadidad, quien señala, la economía keynesiana nos enseña, en apariencia, a contrarrestar las recesiones económicas y a guiar el desarrollo económico nacional para garantizar prácticamente el pleno empleo a los varones de esta manera los países capitalistas avanzados construyen los Estados del bienestar, este histórico acuerdo entre clases que descansó en una serie de exclusiones de género y etnoraciales, por no mencionar la explotación neocolonial externa, el resultado fue un próspero cinturón de sociedades de consumo de masas, que en apariencia habían amasado el conflicto social. (Fraser, 2015: 20)

En 1946 el Dr. Ramón Carrillo asumió la Secretaría de Salud Pública, la situación sanitaria que encontró se caracterizaba por la heterogeneidad de jurisdicciones y dependencias, la centralización aparecía como camino necesario y posible acentuando la intervención estatal. En el mismo sentido se realizó un importante desarrollo de los hospitales públicos de dependencia nacional. El apoyo a las obras sociales de los sindicatos impulsó el seguro social en salud para la clase trabajadora.¹

Fue en la década del '70 que se sanciona la ley 18.610, esta establece la obligatoriedad de cada trabajador/a de afiliarse a la prestadora del gremio a la que pertenecía. A lo largo de los años distintas medidas buscaron generar mejoras en el sistema en términos de articulación y coordinación.²

1. Fue hacia la década que va entre los años 1945 y el '55 que la organización busca centralizarse. Este proceso gozó de un importante desarrollo de los hospitales públicos que en las décadas siguientes serían transferidos a las provincias en las que se asentaban. Asimismo el apoyo a las obras sociales de los sindicatos impulsó el seguro social en salud para la clase trabajadora.

2. Los intentos integradores del SNIS, Sistema Integrado de Salud, propuesto en 1973 durante la tercera presidencia de Juan Domingo Perón, y el Seguro Nacional de Salud, diez años después en el gobierno democrático del Dr. Raúl Alfonsín, tuvieron en su formulación inicial los objetivos de articular y unificar el sistema de salud. El primero, más próximo en su concepción a un servicio nacional, y el segundo centrado en la seguridad social, priorizaban la cobertura económico financiera igualitaria para todas las personas, por su mera condición de ciudadanos, así como el derecho a la libre elección del prestador de los servicios, cualquiera fuera su dependencia: pública, privada o de las obras sociales. Las resistencias generadas frustraron en el primer caso y desvirtuaron en el segundo, las intenciones políticas de los respectivos mandatos.

Con el retorno a la democracia en los '80 y un Estado de Bienestar deteriorado el objetivo inicial fue mejorar y optimizar la oferta de salud reforzando la autoridad rectora e integradora del Ministerio de Salud Nacional, a fin de asegurar el ejercicio del derecho a la salud igualitariamente a la totalidad de los/as ciudadanos/as, más allá de su condición laboral, y garantizar por la vía del Estado su cobertura integral. El proyecto establecía un Estado regulador, el seguro financia y los establecimientos de toda dependencia prestan y facturan los servicios sin diferencias de naturaleza alguna entre los usuarios.

En el mismo sentido la ley 19.032 creó el Servicio Social para Jubilados y Pensionados y dio origen a una nueva diferenciación: la clase pasiva. En 1985 se retomó en materia de salud la idea integradora de articular los diferentes subsistemas a través de un seguro unificado de salud y con ese fin el poder ejecutivo elevó para su tratamiento en el Congreso un proyecto único para la creación del Seguro Nacional de Salud. En la década siguiente las relaciones entre el Estado y la sociedad argentina se transformaron profundamente a través de cuatro procesos centrales: las privatizaciones, la desregulación, la descentralización y la focalización. Se fue perdiendo la presencia del Estado en la regulación de la vida cotidiana de la ciudadanía, en paralelo crece la diferenciación social y el impacto masivo de los medios de comunicación. (Abal Medina, 2004: 84). En este contexto las reformas estructurales inspiradas en los principios liberales del Consenso de Washington orientaron la incorporación del sistema de salud a las reglas del mercado.

Así el sistema de salud argentino se conformó sobre la base de la expansión temprana de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre connacionales, la incorporación de servicios de salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales, resumiendo sus cimientos fueron pensar la salud como un derecho de la ciudadanía.

Históricamente la convivencia de los tres sectores fue conflictiva, y a pesar de que el acceso es considerado universal en la práctica no lo es por problemas de limitaciones en la oferta y de equidad. La atención en el subsector público la brindan los hospitales y los centros de salud, tiene derecho a su acceso toda la ciudadanía aunque cuenten con seguridad social. El subsector de seguridad social involucra a todos los trabajadores privados y públicos que cuentan con cobertura adicional brindada por las denominadas obras sociales, aquí también se comprende a los beneficiarios/as del Instituto

nacional de servicios sociales para jubilados/as y pensionados/as, más conocido como PAMI. Por último el sector privado está compuesto por seguros voluntarios compuesto por la denominada medicina pre-paga.

El ámbito en el cual se reúnen las autoridades sanitarias provinciales con el Ministerio de Salud para concertar políticas y acciones es el Consejo Federal de Salud (COFESA) que no cuenta con recursos propios, espacio físico, ni figura en el presupuesto nacional. Así sus decisiones no tienen carácter ejecutivo, sólo expresan acuerdos políticos, que deben ser ratificados por resoluciones ministeriales o decretos, nacionales y/o provinciales. Las funciones primordiales en materia de salud se encuentran dentro de entes descentralizados y autárquicos, con facultades para ejecutar sus propios presupuestos. En este sentido, los Ministerios de Salud provinciales, son los encargados de la administración de los servicios de atención médica y programas prioritarios, tienen en general una limitada capacidad de planificación y gestión. El COFESA debe constituir el principal instrumento de la conducción sanitaria federal, para lo cual necesitaría contar con recursos propios asignados por los fondos coparticipables, siguiendo el modelo del Consejo Federal de Inversiones (CFI).

En este contexto, cabe remarcar que las políticas públicas sanitarias que incluyeron históricamente a las mujeres en particular lo hicieron desde una perspectiva claramente asistencial. Escasamente se consideró a los hogares monoparentales en la agenda. Existió desde los orígenes de la estatidad una marcada y promovida disociación entre lo público y lo privado, dejando en manos de las familias la resolución de todo lo que sea "privado" o "doméstico", sin ninguna consideración ante el hecho de que cada vez implica más tiempo, recursos y estrategias que deben destinar las familias para solucionar este difuso universo de lo privado. Es decir, existió una escisión poco clara entre lo productivo (ámbito público) y lo reproductivo (ámbito privado), donde las mujeres, en el marco del binomio mujeres-madres fueron incómodamente ubicadas. De esta manera podemos pensar esta situación junto a Nancy Fraser (1997), quien establece que las soluciones pueden darse mediante políticas de tipo afirmativo o transformativo, las primeras se dan en el marco de las denominadas democracias liberales teniendo por función solucionar las inequidades del contenido de los acuerdos sociales, en cambio las políticas transformativas están dirigidas a corregir esos resultados, pero reestructurando el marco general que los ocasiona. (Fraser, 1997: 30).

En síntesis, Argentina presenta características federales en materia de salud, el Ministerio de Salud de la Nación, desjerarquizado al nivel de Secretaría hace muy poco tiempo por decreto del poder ejecutivo nacional, históricamente sólo cumplió una función de orientación técnica y concertación de políticas sanitarias federales, de la misma manera hoy continúa sólo administrando algunos efectores en forma directa. El centro de gravedad de las decisiones sanitarias recae en veinticuatro autoridades sanitarias provinciales y en un amplio conjunto de entidades privadas y de la Seguridad Social. El sistema se impregna de una lógica mercantilista, desdibujando la importancia del derecho a la salud. Lo aquí señalado invita a reflexionar junto a Victor Abramovich (2006), pensar desde la perspectiva de derechos implica considerar que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado (Abramovich, 2006:2). Esta mirada implica poder pensar a partir de la ciudadanía en tanto núcleo del sistema democrático. Entender la salud como un derecho que debe garantizar el Estado es reconocer funciones y cuestionar, como señala Chantal Mouffe (2001), las críticas a la categoría moderna de individuo, ya que considera que ha sido construida de tal manera que postula un "público" universalista, homogéneo, y que relega toda particularidad y diferencia a lo "privado"; asimismo también reconoce que esto trae consecuencias muy negativas para las mujeres, esto también implica poder pensar más allá de la idea de cumplimiento de un servicio.

Asimismo es fundamental como señala Fraser (2015), es fundamental observar la política feminista que exige una visión bifocal, esto significa mirar simultáneamente a través de las dos lentes analíticamente distintas de la distribución y el reconocimiento, si dejamos de observar por uno corremos el riesgo de distorsionar lo que vemos, sólo una perspectiva que superponga ambas puede evitar exacerbar una dimensión del sexismo por remediar la otra. (Fraser, 2015: 205)

El deterioro de lo público

El inicio del desmantelamiento de la posibilidad seguir entendiendo la salud como un derecho comienza en la década del '90 en Argentina. La estrategia se canalizó

a través del Proyecto de Reforma del Sector Salud, el denominado PRESSAL, que el gobierno nacional llevó a cabo con apoyo del Banco Mundial. A diferencia del seguro nacional de salud, este proyecto busca cambiar el perfil del hospital público y su descentralización para introducirlo en las reglas del mercado.

El PRESSAL³ impulsó los denominados hospitales de autogestión; así observamos que la degradación del Ministerio de Salud no es un hecho aislado, sino la culminación de un proceso de desmantelamiento que inicia en los años '90 y toma fuerza en el 2015, esto incluye la derogación del decreto de creación de la Escuela de Gobierno en Salud, la discontinuidad de su programa de educación permanente con un número considerable de estudiantes cursando en diferentes posgrados, el congelamiento de la agencia coordinadora de laboratorios públicos de medicamentos, y el desmantelamiento o minimización de los programas de salud sexual y reproductiva, de Médicos Comunitarios y del REMEDIAR.

Esta década fue trágica para el sector público, que fue desmantelado; el universo de la pobreza urbana se amplió y complejizó considerablemente al integrar a sus filas de pobres estructurales históricos a los/as nuevos/as miembros/as provenientes de la clase media en caída (Cravino, 2000)

En este sentido, durante la década del noventa, se estableció aquello que se conoció como la libertad de elección de obra social, por lo que estas entidades empezaron a competir entre sí por la captación de beneficiarios/as, aunque la transferencia de afiliados/as no fue numéricamente significativa. Por otra parte, los límites territoriales de las organizaciones de prestadores/as se fueron fragmentando, o se dividieron según niveles de tecnología, o por grupos de afinidad. Comenzaron a conocerse nuevos/as protagonistas denominados "gerenciantes/as" que cumplían el rol de mediar entre las obras sociales y ciertas redes prestadoras. La desregulación y la concentración de los/as agentes prestadores/as tenían como principal objetivo la de sindicalización de las obras sociales, a fin de crear un mercado de libre competencia entre éstas y las empresas prestadoras de medicina privada.

Así, en los años noventa, la nueva trama institucional se vio caracterizada por una débil presencia reguladora del

3. Entre sus objetivos específicos incluyó el diseño de modelos contractuales para la compra venta de servicios y sistemas de pago; el desarrollo de los registros de beneficiarios a los efectos de identificar en todos los casos al responsable financiero de la atención; el paquete esencial básico de servicios a garantizar, Programa Médico Obligatorio (PMO).

Estado y el predominio de los actores en el diseño de las nuevas reglas de juego. De esta manera se va gestando la pérdida de legitimidad de las formas organizativas del sistema de obras sociales, y se fueron generando distorsiones que estaban en la base de su descrédito y, a la vez, autorizaban la violación sistemática de las reglas vigentes por parte de aquellos/as agentes con capacidad de colocar su interés particular por encima de la sustentabilidad del conjunto. Así cambia el sujeto político del sistema ciudadanos/as por consumidores/as.

Se implementaron medidas neoliberales bajo la premisa de mejorar el sistema, aunque en realidad nace, como señala Nancy Fraser (2015), una nueva forma de entender la vida, que, ridiculiza las versiones más sustanciales y ambiciosas que surgieron en épocas anteriores sobre el capitalismo, este régimen impondría un modelo de mercado, que reduce la igualdad a una visión idealizada del intercambio mercantil, en el que agentes económicos independientes intercambian libremente mercancías equivalentes. Esta visión, por supuesto, no tiene nada que ver con la coerción y la desigualdad que caracteriza a las transacciones mercantiles que tienen lugar en el mundo real. La perspectiva neoliberal celebra, sin embargo, la elección individual, el intercambio entre iguales y el logro meritocrático, al tiempo que cierra los ojos ante las desigualdades estructurales laboriosamente descubiertas y cuestionadas durante las décadas anteriores por los grupos subalternos, incluidos/as los/as feministas. (Fraser, 2015: 14)

Con posterioridad a la crisis del 2001, el rol del Ministerio de salud se reformularía: regular, controlar y establecer la política sanitaria nacional, esa era la consigna. Dos cuestiones son muy importantes hoy, la regulación y el financiamiento, este último se ha materializado en distintos tipos de transferencias: por un lado, las directas, estas no han prevalecido, se desarrollaron en relación a la compra hospitalaria o de centros de atención primaria de la salud; además, los montos de estas no terminan siendo significativos. Las segundas son las transferencias a partir de programas específicos, este tipo de recursos tiene como objetivo final generar un impacto redistributivo real en la población objetivo. Así la estatidad queda presa de lo declarativo sin poder lograr llevar a la práctica efectiva el cumplimiento de los derechos de la ciudadanía.

Como señala Chantall Mouffe en *Agonística* (2014), el problema fundamental de las sociedades democráticas

modernas no reside en sus principios éticos políticos de libertad e igualdad, sino en el hecho de que estos no se ponen en práctica.

Por otra parte, es importante anotar, que las decisiones y acciones públicas no dependen exclusivamente de la acción de agentes estatales sino de la conformación de un campo de discusión y definición de problemas y sentidos que se les otorgan a los mismos, en el cual participa un amplio y diverso abanico de actores (Lechner, 1999)

En el transcurso de una década, se verifica una muy importante expansión de la capacidad instalada privada, medida en número de profesionales, instalaciones sanatorias e incorporación de tecnología. El incremento de especialidades y especialistas, camas sanatorias y aparatología compleja estimula el aumento de una demanda no siempre vinculada con las necesidades de los/las pacientes. En el mismo sentido, el Estado demuestra poca posibilidad de controlar las condiciones de producción y comercialización de la industria farmacéutica; las corporaciones profesionales rechazan la incorporación de un vademécum y el profesional en su consultorio construye una relación cordial con el/la visitador/a médico/a, que en parte suple su frecuentemente débil formación en farmacología. (Belmartino y otros, 2002)

La política de limitar las funciones del Estado y confiar en las reglas del mercado para desalentar estrategias individuales y corporativas que obstaculizaban el cumplimiento de los objetivos sociales asignados al sistema también se ha mostrado impotente, y esta falta de capacidad radica fundamentalmente en la ineficiencia para dar respuestas a las crisis, sosteniendo la calidad de vida de la ciudadanía y sin profundizar las diferencias sociales. En este sentido Fraser (2018)⁴ señalaba que sería interesante seguir la idea de combinar la protección social con la emancipación, y esa es una relación que no se ha intentado todavía, o es muy poco frecuente en el caso argentino.

Entonces, las reformas del sector salud implementadas en la Argentina durante los años noventa produjeron una fuerte descentralización que trasladó a las provincias las decisiones relativas a la organización de los servicios de salud. Sin embargo, el desmantelamiento indiscriminado del Estado ocasionado por las reformas orientadas al mercado puso en evidencia que un

4. Entrevista realizada por Guzman Bastida Recuperada de <https://portaldelaizquierda.com/2018/08/entrevista-con-nancy-fraser-ctxt-2016/>.

régimen democrático descansa sobre la estructura del Estado y que un "Estado menor" no promueve necesariamente una democracia mejor (O'Donnell, citado en Rocchi y Liborio, 2012). Observamos que la política, en tanto conjunto de prácticas e instituciones cuyo objetivo es organizar la coexistencia humana, opera, como señala Mouffe (2014), dentro de un terreno de conflictividad, que en nuestra región se potencia a causa de la vulnerabilidad societal.

Por estos años comienza a hablarse de Sistema Integrado Provincial de Salud⁵, aceptándose la presencia de distintas fuentes de financiamiento, e independientemente de quién sea el que pague, el objetivo es establecer un modelo prestacional único al sistema, para lo cual los sistemas de salud pública provincial, en sus distintas experiencias, debieron enfrentar diversos problemas. Con respecto a la conceptualización del acceso al sistema de salud, existe una amplia base en el acceso, con niveles de complejidad crecientes; la persona debería contar con mayor atención en su nivel de acceso, de modo que sean pocos los que lleguen a los niveles de mayor complejidad. De la misma manera el Sistema Integrado Provincial de Salud procura establecer un conjunto de prácticas saludables que tienen como finalidad: brindar información para el mantenimiento de la salud o prevención de la enfermedad; detectar factores de riesgo; detectar enfermedades en etapa precoz o asintomática; jerarquizar, apuntalar, recuperar e integrar a los diferentes efectores en niveles crecientes de complejidad; optimizar y fortalecer la capacitación del personal para efectuar las prestaciones de recuperación de la salud y prevención; mejorar la capacidad de gestión y evaluar los costos en atención con el objeto de mejorar su utilización e incrementar las prestaciones en la prevención.

Todo esto encuentra dificultades territoriales para lograrse en la práctica, y en este sentido el ejercicio de

los derechos se ve obstaculizado por la falta de decisión política, como señala Silvia Levín (2014) en Injusticias de género en un mundo globalizado, el componente formal es necesario pero no suficiente, porque lo que califica a un sistema político como democrático es la integración de los componentes formales con los límites y vínculos sustanciales, es decir con los derechos fundamentales que son los que definen que es lícito decidir y que no. (Levin, 2014: 105)

Realicemos algunas aclaraciones con respecto al rol regulador del Estado nacional: el carácter federal de nuestro país hace que cada una de las provincias que lo componen tengan responsabilidad sobre la regulación y provisión en materia de salud⁶; ello genera, a nivel normativo, un mosaico de elementos y regulaciones que se superponen de provincia en provincia. Para que los hospitales públicos puedan modificar su funcionamiento, debe transitar un camino no exento de obstáculos.

En síntesis las provincias discuten y se disputan las formas de interpretar las necesidades sociales en el área salud, y a su interior, retomando a Fraser (1991), los grupos dominantes articulan sus interpretaciones con la intención de excluir, desarmar y/o cooptar las contra-interpretaciones. Desde la otra trinchera los grupos subordinados articulan su interpretación de las necesidades con la intención de poner en tela de juicio las posturas dominantes. En ninguno de los casos las interpretaciones son simplemente representaciones, en ambos casos son, más bien, actos e intervenciones donde se fabrica la noción de salud.

Un elemento para este análisis lo brinda el hecho de que, a diferencia de las demás funciones sociales (educación, alimentación y vivienda), no existe ningún fondo que se distribuya de acuerdo con indicadores que correspondan al sector salud, ni cuenta éste con una asignación

5. El Sistema Integrado Provincial de Salud (SIPS) abarca todos los niveles de atención y garantiza el acceso a la salud de todos los ciudadanos, siendo transversal a todo el sistema. El SIPS busca integrar a las personas, los equipos de salud, las unidades móviles, los centros de salud, los hospitales generales, los centros especializados y de alta complejidad, los distintos mecanismos de financiamiento y las tecnologías disponibles.

6. En relación a este tema en la Provincia de Santa Fe, el laboratorio de la provincia (LIF) trabaja desde 2013 en la fabricación de misoprostol y estará en condiciones de abastecer al sistema público de salud de todo el país, una vez que terminen las pruebas de estabilidad sobre el primer lote de 100.000 comprimidos de uso obstétrico. El cálculo optimista es que en marzo, este medicamento considerado esencial por la Organización Mundial de la Salud desde 2005 podrá estar en los centros de salud santafesinos. Recuperado el 19/10/2018 de [tps://www.pagina12.com.ar/136444-el-laboratorio-publico-del-misoprostol](https://www.pagina12.com.ar/136444-el-laboratorio-publico-del-misoprostol). En paralelo es preciso agregar, que en el Municipio más importante de esta provincia, Rosario, desde 1992, funciona una alternativa asistencial de salud integral, ligada a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa. Es una práctica que apunta a estar más cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad para lograr una prestación ambulatoria cuyo objetivo fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida. Se relaciona e interactúa con los hospitales municipales y centros de atención primaria, con la finalidad de lograr la recuperación y rehabilitación del estado de salud del paciente en su propio domicilio. La implementación y aplicación de este servicio es de vital importancia en la construcción de un sujeto comprometido en el ejercicio del derecho a la salud, fomentando su capacidad de auto cuidado a la vez que se implica y educa al grupo familiar en la dupla salud-enfermedad y sus posibles complicaciones. (Ventocinque, 2013: 101)

específica de los fondos transferidos por Coparticipación Federal (Bisang y Cetrángolo, 1997: 20). Por este motivo, dado que los montos coparticipados no deben ser utilizados necesariamente en el sector, los gobiernos provinciales ven en la transferencia de hospitales la posibilidad de recibir fondos que mejoraran su situación financiera global.

De lo dicho hasta aquí nos quedan algunas premisas para seguir trabajando, la primera tiene que ver con comprender la necesidad de establecer garantías mínimas de atención en salud para los sectores populares, todo este proceso implica un cambio en el modelo de atención y en el modelo de gestión donde debe primar la perspectiva de los derechos. La segunda es debemos democratizar el sistema de salud, liberar a los varones y a las mujeres de la mercantilización de un sistema que diseñado desde una mirada patriarcal, reproduce la lógica del mercado en un derecho humano inalienable. La redefinición de los roles, las imágenes, las expectativas son necesarias para sostener el cambio a largo plazo en términos de equidad en Argentina y la región.

Conclusiones

Este trabajo buscó invitar a reflexionar en torno a los avatares sufridos por el sistema sanitario argentino desde una perspectiva post marxista y marxista feminista, poniendo énfasis en la población más vulnerable, entendiendo a las mujeres como integrantes mayoritarias de la misma.

En principio entendemos que es necesario construir políticas de salud pública nacionales desde la epidemiología, que brinden lineamientos generales a las provincias. Comprendemos la epidemiología en su acepción más amplia, como sociocultural, la cual integra teorías y métodos desarrollados por las ciencias sociales (Menéndez, 2008; Massé, 1995) para dar cuenta de los estados de salud poblacionales, de sus determinantes y de las respuestas sociales a los problemas de salud. Esto significa pensar una lógica organizacional que se contraponga a la que estructuró las organizaciones del sector salud bajo un modelo vertical de atención a la enfermedad; la aplicación de lo anterior permite que, en el proceso de toma de decisiones, se produzca el acercamiento entre la epidemiología y la gestión, logrando de esa manera incorporarla como apoyo para la definición de prioridades, objetivos y estrategias. Si bien el sistema público sigue siendo gratuito, los problemas se presentan en

términos de cobertura, ausencia de insumos, pérdida de calidad de atención, grave déficit en materia de recursos humanos. Esta situación se traduce en una pérdida de la calidad sanitaria y severos perjuicios para la ciudadanía, particularmente en lo que respecta a las mujeres, con las distorsiones que les generan en términos de tiempo, de posibilidades de conciliar las demandas productivas con el cuidado del grupo familiar. Esto termina produciendo en los hechos un alejamiento del sistema hospitalario y mucho más del preventivo, como señala Fraser (2014), la neoliberalización sitúa a las mujeres en la incómoda situación, en el nexo entre el patriarcado y el capitalismo (Fraser, 2014: 10)

La estructura federal y la precariedad e inercia en la asignación de recursos a las provincias son dos desafíos a superar en la formulación e implementación de intervenciones de salud pública. Argentina, como la mayor parte de los países de la región, ha concentrado la gran parte de los recursos del sector en la atención individual, especialmente, de alta complejidad tecnológica en centros hospitalarios, en detrimento de la atención primaria en salud.

A modo de cierre podemos señalar, como indica Mouffe (2014), no existe una sola forma de democracia, pero se deben reactivar los mecanismos que contribuyan a la lucha general por mejores condiciones para el ejercicio de la ciudadanía en los distintos contextos, y agregamos el proyecto alternativo debe ser construido desde y para los todos/as, y en este marco poner especial énfasis en la población más vulnerable, las mujeres en todas sus expresiones.

Bibliografía

- Abal Medina, J. (h) (2004). *La muerte y resurrección de la representación política*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Abramovich, V. (2006). *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*. Revista CEPAL 88. Abril.
- Alonso, G. (2007). *Capacidades estatales, instituciones y política social*. Buenos Aires: Prometeo.
- Belmartino, S. (comp.) (2002). *La reforma de la atención médica en argentina*. En Seminario IV, Buenos Aires: CEDES.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997). "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina". Serie Reformas de Política Pública 47, CEPAL, Santiago de Chile.

- Chuit, R. e Iglesias, M. (noviembre de 2004). *Modelos provinciales de salud*. Trabajo presentado en reuniones de trabajo en el CEDES, Buenos Aires, Argentina.
- Cravino, M. (2000). *La gestión de las políticas para el sector salud en el ámbito local en el contexto de la reforma del Estado*. En Chiara M. y otros (comp.), *La gestión del subsector público de salud en el nivel local*. Informe de Investigación, N° 9, UNGS (ICO). Buenos Aires.
- Dussault, G. (1995). *La epidemiología y la gestión de los servicios de salud*. Boletín Epidemiológico, Vol. 16. Facultad de Medicina, Universidad de Montreal. Quebec, Canadá.
- Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficante de sueños.
- (2014). *¿Un feminismo de excepción?* En Levin, S. y Carbonero Gamundí, M. A, (comp). *Injusticias de Género en un mundo globalizado*. Rosario: Homo Sapiens editores.
-(1997). *Iustitia interruptus*. Reflexiones críticas desde la posición post socialista. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
-(1991). *Repensar el ámbito público: una contribución a la crítica de las democracias realmente existente*. Reproducido en Revista Debate feminista.
- Guzman Bastida, A. (2018). Entrevista con Nancy Fraser. Portal de la izquierda en movimiento. Recuperada de <https://portaldelaizquierda.com/2018/08/entrevista-con-nancy-fraser-ctxt-2016/>.
- Lechner, N. (noviembre de 1999). *Las condiciones sociopolíticas de la ciudadanía*. Conferencia de clausura del IX Curso Interamericano de Elecciones y democracia, CAPEL, México.
- Levin, S. (2014). *Dilemas de justicia política en Argentina: ¿representación, libertad?*. En Levin S. y Carbonero Gamundí M. (comp). *Injusticias de género en un mundo globalizado*. Rosario: Homo Sapiens.
-(2013). *Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina*. Levin S. (comp.). E-book: http://latinproject.org/books/Políticas_Publicas_CC_BY-SA_3.0.pdf. Rosario.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montreal: Gaetan Morin Éditeur.
- Menéndez, E. (2008) *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades*. Revista Región y Sociedad, Sonora, Vol. XX, Número especial 2, Sonora: Colegio de Sonora.
- Mouffe, Ch. (2014) *Agonística*. Buenos Aires: FCE.
- (2003) *La Paradoja Democrática*. Barcelona: Gedisa.
-(2001). *Feminismo, ciudadanía y política democrática radical*. En Lamas, M. (comp.), *Ciudadanía y feminismo*. México: Productos culturales.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.
- Repetto, F. (coord.) (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia, Documento 55. Buenos Aires.
- Rocchi, G. (noviembre de 2007). *Ciudadanía Social y Vulnerabilidad*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político, realizado en Buenos Aires.
- Rocchi, G. y Liborio, M. (junio de 2012). *Las políticas sociales y los sectores vulnerables*. Ponencia presentada en Alacip 2012, Sexto Congreso Latinoamericano de Ciencia Política realizado en la ciudad de Quito, Ecuador.
- Ruiz del Ferrier, C y Tirenni, J. (2006). *El desarrollo en la democracia de opinión*. Del liderazgo político a la concentración de la propiedad mediática. En García Delgado D. y Noretto L. (comp.). *El desarrollo en un contexto pos neoliberal*. Buenos Aires: CICCUS.
- Soldano, D. y Andrenacci, L. (2006). *Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino*, Andrenacci, L. (comp.), *Problemas de política social en la Argentina Contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.
- Velásquez, G. (junio de 2000). *Perspectivas quanto as políticas da OMS na globalização e acesso aso medicamentos*. Conferencia ofrecida en el Seminario Internacional: Política de medicamentos: Equidad y Acceso, Itacuruçá.
- Venticinque, V. (2013). *Salud pública y sectores populares: logros y desafíos en la ciudad de Rosario*. En Rocchi G. (comp.). *Saliendo del barrio*. Rosario: LABORDE.