

Contexto político de la gestión pública

Raquel Abrantes Pêgo,

CIESS, México

Introducción.

En esta presentación, parto del supuesto de que la salud pública como un ámbito técnico-político del Estado no es más que otro espacio del conflicto social gestionado y administrado por el Estado, y que su capacidad de gestión guarda siempre una relación de consistencia con la estructura socioeconómica y con la matriz de poder político existente en una sociedad. Ésta, determinada históricamente, citando a Aldrete-Haas (1991:27), “consiste en una configuración particular de organización y acción que influye en el significado y método del ejercicio de poder para todos los grupos en una sociedad, incluyendo el Estado”. Es muy importante tener en cuenta esas relaciones y vínculos cuando estamos discutiendo la capacidad de regulación de la autoridad sanitaria, sea ésta Ministerios de Salud o Consejos Nacionales.

Otro supuesto del que parto es que la configuración del sector salud en la mayoría de los países del continente en una estructura fragmentada en su organización –de un lado, salud y asistencia o salud para la población pobre y de seguridad social para los trabajadores asalariados formales – son expresiones de la capacidad distinta de organización de los sectores sociales y de la incorporación de sus intereses al proyecto social del Estado en la región, y también de la naturaleza compleja de las fuerzas sociales que han dado sustentación al desarrollo socioeconómico en la región.

Entonces, uno de los objetivos de esa presentación es vincular la fragmentación a una determinada estructura de organización del poder de nuestras sociedades. También me interesa demostrar que la preocupación por la

segmentación no es de ahora. Está en la agenda del sector desde los años sesenta del siglo XX.

A mí me interesa recuperar el debate de la década de los sesenta y setenta en torno a la crisis del modelo dual y fragmentado de organización de los servicios de salud y, en cierta medida, demostrar que esa cuestión todavía hace parte de la agenda sectorial debido a que la ola de reformas de las últimas tres décadas, en su gran mayoría, no logró dar respuesta a dicho problema. Algunos autores consideran que incluso aumentó la fragmentación. En el caso de México, por ejemplo, ahora tenemos dentro de la Secretaría de Salud una población que forma parte del Seguro Popular de Salud y otra población, en paralelo, que no forma de éste, mostrando la fragmentación propia de las instituciones de seguridad social y del mercado. Entonces, se acrecentó más la segmentación del sistema, en vez de disminuir, y sobre ese sistema segmentado y fragmentado la autoridad sanitaria deberá ejercer su función regulatoria.

Por supuesto, para el ejercicio de la regulación, entendiendo a ésta como la capacidad de acción en relaciones asimétricas de poder, es muy importante considerar la estructura institucional del poder sobre la cual se operará y con la cual se interactuará. Lo anterior implica reconocer una relación entre el Estado con la estructura socioeconómica, las relaciones de poder entre actores desiguales y con el sistema de intermediación de los intereses.

1. El desgaste de la gestión del modelo desarrollista en el ámbito de la salud.

Las instituciones públicas de salud y de seguridad social conforman desde la segunda década del siglo pasado un importante sector del Estado y un instrumento de gestión del conflicto social inducido por la economía capitalista que ha permitido la integración de determinados grupos sociales en el sistema social, económico y político. Esa integración no fue igual para todos y no se basó en el reconocimiento de un derecho exigible, negociado en la esfera pública.

La conformación de un sistema de salud dual y fragmentado estructurado a partir del Estado intervencionista, conductor del desarrollo, entendido como la

autoridad política que vela por el bienestar social de la colectividad operó coludido directa o indirectamente con las estructuras de poder económico-político de cada sociedad. En la región, las instituciones de salud pública surgen vinculadas al modelo agrario-exportador, inicialmente para regular prácticas nocivas a la salud que afectaban la exportación de productos primarios, al tiempo que también se ocupaba de la asistencia médica a la población desamparada, bajo una visión asistencial. A su vez, la mayoría de las instituciones de seguridad social se institucionalizan en el transcurso de las cuatro primeras décadas del siglo XX bajo la influencia del modelo bismarkeano de aseguramiento, dirigido a restaurar la salud de los sectores asalariados urbanos.

Esas instituciones regidas por diferentes valores, y en particular las de seguridad social, creadas como respuesta explícita a demandas de determinados sectores sociales en sociedades de baja institucionalización del ámbito político, surgen centralizadas en el ejecutivo, con grandes burocracias, con procesos de decisión cerrados, y en su proceso de expansión se van constituyendo en un importante mercado laboral para las clases medias urbanas y en un ámbito de poder de los grupos organizados. Ambas dimensiones son importantes para explicar la expansión de los beneficios y la politización de sus burocracias por los grupos de poder vinculados tanto al sector obrero como al empresarial.

La expansión de las instituciones de seguridad social dirigidas a los sectores asalariados urbanos acompañan el proceso de industrialización en la región y la capacidad de presión de los grupos organizados. En general, su desarrollo fue gradual y segmentado por grupos profesionales, siguiendo el modelo de varios fondos y leyes diferentes para cada grupo específico de asegurados, con beneficios y cobertura desiguales. Son los casos de Chile, Argentina, Uruguay, Brasil, México.

Los sistemas menos fragmentados son propios de los países con un importante sector agrícola y un escaso desarrollo industrial, como son los países de Centroamérica –El Salvador, Honduras, Nicaragua-. Estos van a tener una seguridad social aún más tardía, es decir, de los años cincuenta en adelante. La

población asegurada es relativamente poca, concentrada en algunos centros urbanos y en la capital.

Ambas instituciones, las de salud pública y las de seguridad social, operarán sobre la dimensión individual y colectiva de la salud a partir de la visión clínica de la enfermedad. La organización de la producción de los servicios de salud con base en un modelo de atención centrado en la curación de los individuos enfermos, convierte ambas instituciones, con intensidades distintas, en mercados cautivos para la industria privada nacional y, principalmente extranjera, productora de insumos, equipos médico-hospitalarios y medicamentos. El médico se constituye en uno de los principales recursos de curación y el principal apoyo en la alianza entre el Estado y los sectores productores de insumos para la salud. El modelo está gestionado de forma centralizada y tiene la tendencia a incorporar tecnologías y los avances científicos de la ciencia médica.

Principales características del modelo bismarkeano y sus especificidades en la región.

Las instituciones de seguridad social reparten los costos de los riesgos sociales reconocidos como parte del trabajo asalariado al imponer cotizaciones a los patrones, los trabajadores y al Estado para constituir un fondo dirigido a proteger individualmente a los trabajadores y a sus familiares de sucesos no previstos. O sea, el financiamiento y la gestión son compartidos entre el Estado, el obrero y el empresario. Las instituciones de seguridad social van a pertenecer al mundo del trabajo. En algunos países de la región son financiadas por el Estado, por el obrero y por el empresario. En otros países solamente van a tener el financiamiento del obrero y del empresario. En estos casos es un mero seguro. No estamos hablando de una seguridad social en términos bismarkeanos de políticas públicas de naturaleza obligatoria, vinculada al bienestar de una colectividad. Más bien de un seguro, nada más.

Es un modelo asentado en la solidaridad generacional: los de ahora pagan por los del futuro. Y esto es muy importante, principalmente ahora con la cuestión de *boom* demográfico y de los cambios demográficos. Hace algunos años, la población de nuestros países vivían 50 años; actualmente, la mayoría vive 60-70, con una expectativa creciente de sobrevida. Ese fenómeno tiene serias implicaciones para la seguridad social: los individuos reciben los beneficios durante más tiempo. A su vez, el aumento de sobrevida aumenta la capacidad de trabajo de los individuos y la estructura de edad de nuestros países todavía nos es favorable en términos previsionales. La cuestión es saber aprovechar ese momento, de *boom* demográfico, donde todavía tenemos una población económicamente activa significativa. La cuestión aquí es el mercado de trabajo y la necesidad de generar empleos de calidad y crecimiento.

Una particularidad de las instituciones de seguridad social en la región es el dominio del corporativismo como instancia de intermediación de los intereses y de incorporación de los actores sociales a la estructura de poder. De acuerdo con la literatura, el corporativismo puede ser definido como un arreglo de poder de grupos mayoritarios de trabajadores y de empresarios con el Estado. Los actores involucrados en ese pacto abdican de la participación política autónoma por considerar el marco legal ofertado por el Estado como el mejor para la defensa o para sustentar sus ideales en el futuro.

En el corporativismo el Estado participa con sus recursos de coerción, eliminando la competencia entre los trabajadores por el control de los sindicatos y la inestabilidad introducida por los grupos disidentes. Así, no sólo limita el número de interlocutores, sino que integra bajo su control a los representantes de los factores de producción, capital y trabajo, al proceso de formación de políticas redistributivas. En el caso de México, por ejemplo, Brachet-Márquez vincula la expansión de los beneficios de la seguridad social a la tensión existente entre los grupos disidentes y los sindicatos reconocidos oficialmente como interlocutores del Estado. Entonces, hay ahí una unión estratégica de los trabajadores, porque ellos consideran que esta forma de lucha es mejor para ganar sus beneficios.

Esa opción de organización afecta la organización autónoma y limita el número de interlocutores en la sociedad. Una sociedad que es diversificada en sus proyectos sociales tiende a unificarse en bloques. En el caso de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue creado en una coyuntura marcada, tanto por las disputas por el control del movimiento obrero entre las diversas organizaciones y corrientes ideológicas (comunistas, socialistas, anarquistas, nacionalistas), como por la agitación desatada por la caída de los salarios. No todas las organizaciones sindicales estaban apoyando el proyecto del gobierno de crear la seguridad social. El apoyo que recibe el gobierno de la Confederación de Trabajadores de México (CTM) será fundamental para ambos: por un lado, el Estado otorga a la CTM el monopolio de la representación en sus mesas directivas tripartitas, al lado del gobierno y de la representación patronal; por otro, la CTM y los sindicatos reconocidos por el Estado pasan a hacer parte de la estructura de poder del Estado actuando, de acuerdo con interpretación de diversos autores, como una corriente de transmisión de los intereses del Estado junto al sector obrero.

En consecuencia, el corporativismo propicia el fortalecimiento de determinadas líneas de poder dentro del sindicato y el monopolio de la representación, induciendo nuevas asimetrías de poder.

A su vez, el corporativismo como instancia de intermediación de los intereses también afecta el poder del sistema partidario puesto que los grupos organizados pasan a verbalizar sus demandas a partir de las instancias burocráticas administrativas, politizándolas. El privilegio y el particularismo más que el derecho constituirán la marca de la institucionalización de expansión desigual de los beneficios y, para muchos autores, de la feudalización de la maquinaria administrativa por grupos de poder, personalidades y/o cúpulas sindicales.

Como consecuencia de esta fragmentación y de estos arreglos de poder corporativo vamos a encontrar:

- La privatización y particularización de la maquinaria administrativa por grupos, ya sean sindicales o empresariales, lo que lleva a la politización de ésta, y el favoritismo a ciertas categorías con el monopolio de la representación.
- La asimetría en la distribución de los recursos, lo que poco contribuye para la eliminación de la desigualdad existente entre los grupos sociales y con relación al acceso a los servicios de salud.

Ministerios de Salud. A su vez, al lado de la estructura fragmentada de las instituciones de seguridad social, vamos a tener los Ministerios de Salud responsables por la puesta en práctica de las acciones de salubridad y asistencia para los grupos no incorporados al mercado de trabajo formal. O sea, la población pobre del campo y de la ciudad, y su acción está sustentada por valores morales de ayuda y no en una visión de derecho. En general, no contaban con recursos financieros suficientes y deberían al mismo tiempo atender una población mayor y con más riesgos para enfermarse. Además, respondían sobre la salud pública: control de las endemias, vigilancia sanitaria, regulación de todas las prácticas sociales, culturales y económicas que afectan el quehacer en salud, así como el mantenimiento de la red hospitalaria y de centros de salud.

Al contrario de las instituciones de seguridad social, donde el arreglo de poder predominante fue el corporativismo, las secretarías de salud fueron gestionadas a partir de las presiones de clientelas, del nepotismo, del amiguismo, que también están presentes en las instituciones de seguridad social. En última instancia, la distribución de los recursos se hace a partir de los intereses particulares y la gestión es débil, como también lo es el control político sobre las decisiones.

¿Qué es el “clientelismo”? Es la expresión de la ausencia de una sociedad civil organizada con capacidad de representación en el ámbito político. Hay una relación directa entre el sistema político y la capacidad de organización independiente de la sociedad. Las decisiones se toman en respuesta a presiones

particulares que necesariamente no corresponden a las necesidades sociales de salud.

En general, en el continente, la política de presión de las clientelas provocó duplicación de esfuerzos y programas que mermaban los escasos recursos, sumado esto a la mala distribución de los mismos y las múltiples instancias administrativas sin coordinación entre sí.

A su vez, la propia expansión de la seguridad social y de su red de servicios de base hospitalaria hace que ella asuma la hegemonía sanitaria con serias consecuencias para la salud pública.

La fragmentación y la baja cobertura del sistema: elementos críticos del sistema público de salud.

Durante las décadas de los sesenta y setenta tanto la fragmentación del sistema como la desigualdad en el acceso empezaron a preocupar a las autoridades del sector, y esto fue objeto de debate. El contexto macro-estructural que enmarcó el debate indicaba, por una parte, una rápida modernización de las economías latinoamericanas como parte del proceso de industrialización fomentado y protegido por el Estado que se reflejaba en mejores niveles de salud. Por otra, la persistencia de la pobreza y de enfermedades ligadas a ella, de la desnutrición y de muchas muertes evitables, debido a la baja cobertura de los servicios dirigidos a la población combinada con políticas de medicalización de los problemas sociales.

Se sumaban a ese contexto otros dos procesos. Uno económico que pasó a ser conocido como la crisis económica mundial, desatada en parte por los cambios en la política petrolera impulsada por la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), lo que se expresó inicialmente a través de la disminución del crecimiento de las economías europeas. El otro, de naturaleza socio-política, referente a las luchas por la democratización en muchas de las sociedades latinoamericanas, tendencia al fortalecimiento de organizaciones de la sociedad civil y de valoración de la salud como un derecho social reivindicado y conquistado

por la ciudadanía. Ambos procesos influyeron el debate sectorial y plantearon desafíos a las instituciones de salud.

La preocupación de los organismos de cooperación técnica, de los sanitarios y de los funcionarios de las instituciones de salud con esa situación toma su primera expresión en la Reunión de Punta del Este, en 1961. En esa reunión los gobiernos presentes estuvieron de acuerdo en usar la planificación para, entre otros fines, dirigir el desarrollo de los servicios de salud y orientar su funcionamiento y las actividades de los servicios de salud para mejorar la cobertura. (OPS, 1975).

No sé si es posible pensar así, pero me arriesgo a afirmar que la propuesta de planificación, y su desarrollo en la década de los setenta, aporta un antecedente importante para pensar la propuesta de regulación, la cual merece una reflexión sobre su significado histórico y límites para no volver a repetir los mismos errores.

En un primer momento, la propuesta de planificación estuvo vinculada a los planes quinquenales soviéticos, y en ese marco la planificación buscaba ocupar el lugar del mercado. La propuesta de planificación también fue presentada como un recurso político del Estado frente a la escasez de recursos, y su papel era la de obtener lo óptimo. La CEPAL fue una importante promotora de la planificación en la década de los setenta.

En el sector salud podemos considerar dos momentos. Uno, caracterizado por la elaboración de planes nacionales como estrategia para coordinar los recursos y mejorar el desempeño de los servicios, racionalizar los costos y optimizar los recursos, y el inicio acciones de coordinación de actividades entre ministerios de salud e instituciones de seguridad social.

La propia elaboración de los planes y las dificultades para promover acciones conjuntas entre Ministerios de Salud y Seguridad Social, y la necesidad de ir más allá de los enunciados y de las buenas intenciones expresadas en los planes, impuso la necesidad de un mayor conocimiento de los sistemas de servicios, sus recursos, el perfil epidemiológico, la necesidad de los ciudadanos, y de la manera en la cual su estructura y funcionamiento son influenciados por el

contexto político, social y económico para la puesta en práctica de los propios planes.

Como parte de esa dinámica surge en la década de los sesenta el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) en Venezuela, que tiene como una de sus misiones desarrollar las bases para una planificación estratégica. Una de las contribuciones más importante del grupo de investigadores vinculados a la propuesta CENDES fue la de observar que la existencia de los planes no estaba significando una mejoría en los sistemas de salud ni en el estado de salud de la población. Reflexionan sobre la necesidad de producir conocimiento que posibiliten superar las barreras para avanzar en términos de puesta en práctica de nuevas propuestas que reconocieran que cualquier plan tiene un carácter político.

En ese contexto, la planificación fue entendida:

- Como un acto político. Es la política que define “hacia dónde va” un sistema social, el “qué hacer” para tal propósito y en lo general, el “cómo hacerlo”. Define también la persistencia y los cambios e incluso recomienda, si es necesario, la sustitución del sistema. Esto está plasmado en un documento de la OPS de 1975.
- Como estrategia, porque debe apoyar la intención de favorecer cambios estructurales y que afecten las estructuras de poder, porque sino no hay como implementar o cambiar. Una de las cuestiones a la que los planes buscaban dar respuesta era a la estructura fragmentada, no equitativa. Y cambiar significaba afectar a la estructura de poder; en otras palabras: un acto político.
- Como instrumento para postular la necesidad de coherencia entre los propósitos de la planificación, el método que utiliza y las distintas instancias organizativas que participan en el proceso (Mario Testa).
- Es una categoría central en el proceso, o sea, el ámbito político, pero entendiendo este ámbito no solamente como la esfera del Estado, sino entendiendo que la política está en todos los ámbitos.

Como parte de ese esfuerzo de promover un conocimiento que sirviera para transformar los sistemas de salud y que atendiera a las necesidades de salud de la población, se configuró una tendencia dentro de la salud pública de incorporar el análisis social como parte del esfuerzo para analizar críticamente las políticas de salud. El desarrollo de esa tendencia de investigación corre paralelo al proceso de lucha social del continente. Fue importante para ese debate la Conferencia de Alma Ata la cual asume la propuesta de atención primaria para mejorar el acceso y democratizar el sistema de salud; reconoce la salud como un derecho humano y social y reconoce la naturaleza social de la salud.

La propuesta de atención primaria enlazó el sector salud a muchas de las propuestas en gestación en la sociedad civil, centradas en la valoración de la lucha de los sujetos de las políticas de salud en la conquista de sus derechos sociales: elementos de democratización y de ruptura de las relaciones corporativas y de clientelas frente a los bajos resultados del método de la planificación estratégica en la estructura de poder.

Es en medio de esas discusiones cuando surge también la propuesta de unificar las instituciones bajo la rectoría de los Ministerios de Salud como una estrategia para la conformación de un sistema universal de provisión de servicios de salud, próximo a la tradición de Beveridge. La premisa básica de ese modelo es la existencia de ciudadanos, sujetos de derechos políticos, civiles y sociales; y el papel del Ministerio de Salud, como instancia del Estado, es ser el garante y proveedor del derecho.

Se puede decir que en el final de los años setenta e inicio de los ochenta, había un consenso sobre la importancia de unificar esas instituciones. Yo creo que en los años ochenta nadie estaba en contra de la unificación. En cierta medida, la cuestión volvió a ser política. ¿Quién va a incorporar? ¿Quién va a perder en esta unificación? ¿Quién va a ganar en esta unificación? ¿Quién incorpora a quién?

La unificación y el fortalecimiento de los Ministerios de Salud continúa en la agenda del sector. Hubo pocos avances en la década de los noventa en esa

dirección. Por el contrario, posiblemente aumentó la fragmentación y se debilitaron los Ministerios de Salud con la descentralización, aunque fue puesta en práctica la separación de funciones de tal forma que los éstos asumieran el papel regulador.

Algunas ideas para concluir.

Al hacer esa reflexión, mi intención fue la de llamar la atención en relación con una cierta continuidad de algunos elementos políticos en todas las propuestas discutidas a lo largo de las cuatro últimas décadas; y que me perdonen los abogados, pero pueden hacer bellas normas, como también los sociólogos y los economistas; podemos hacer grandes análisis a partir de ellas, proponer planes pero, sin embargo, olvidamos que la puesta en práctica depende de propuestas técnica y socialmente viables y de condiciones políticas en particular, cuando lo que estamos esperando es un Estado capaz de velar por la redistribución de los ingresos, crear puentes entre instituciones y actores, combatir el ejercicio arbitrario del poder, velar por la transparencia de las operaciones, de las decisiones, de las competencias, promover la rendición de cuentas y pensar de manera estratégica; condiciones todas esas necesarias para garantizar un estado de bienestar para todos los grupos sociales. Y ahí viene la frustración, porque los planes no se dieron. Es muy importante percibir la dimensión política de los cambios, de tal manera que podamos actuar de forma más realista de acuerdo con las condiciones que imperan en nuestros países.

He querido recuperar esa trayectoria porque pienso que el pasado puede ser un espejo que nos está siempre dando lecciones de cómo podemos actuar mejor en el futuro.

Uno de los ejes de la agenda de los años sesenta y setenta era el reconocimiento de la importancia de la acción social del Estado y de su burocracia en el proceso de toma de decisiones, y la necesidad de avanzar en la construcción de una sociedad civil más organizada para que, de manera institucional, las sociedades latinoamericanas pudieran elevar sistemáticamente su capacidad para construir un Estado más democrático.

Se percibía que las instituciones de salud pública y de seguridad social estaban dominadas por los grupos de poder que atentaban contra el desarrollo de la ciudadanía. Lo anterior no significó una lectura que llevara a una propuesta de disminuir el tamaño y las funciones del Estado como parte de una propuesta de hacerlo más eficiente y transparente. Por el contrario, implicó una lectura de rescatar la autonomía del Estado respecto a los grupos sociales particulares en la comprensión de los vínculos que se guardaban entre la administración pública y el sistema político. La cuestión es rescatar la autonomía del Estado para hacer política a través de su democratización y no despolitizando, porque el Estado siempre es un ente político. También rescatar la autonomía de la sociedad civil, en particular de los sectores sin voz activa, para romper con sistemas segmentados que generan ciudadanos de segunda, tercera y cuarta categoría.

Democratizar era crear ciudadanos organizados, demandantes de derechos y capaces de ejercer el control sobre la administración pública y, a la vez, involucrar de manera más directa a la ciudadanía en la construcción de políticas de salud.

La propuesta de un servicio unificado dentro de la idea de Beveridge estaba basada en el concepto de ciudadanía de Marshall, en el cual el ciudadano es un actor político que reclama sus derechos. El *status* de ciudadano, elemento de igualdad en sociedades desiguales, supone la igualdad del derecho a un bienestar y de pertenencia a una colectividad política, la cual se origina en la premisa de existencia de un sistema de protección social universal, financiado por recursos impositivos, que permita a la población participar en la vida política y en el consumo y, por supuesto, la existencia de una sociedad civil organizada, independiente del Estado y no confundida con el mercado.

En esa perspectiva la política, como un ámbito que expresa la organización de la sociedad y procesa las negociaciones, fue percibida como un medio del que las sociedades modernas disponen para corregir las asimetrías de poder que la economía está siempre recreando y para defenderse de los líderes populistas que abogan por los pobres.

La otra cuestión que estaba en el centro del debate era el reconocimiento de la ciudadanía como un proceso acumulativo de adquisición de derechos, producto de los conflictos de clase y de las luchas de la clase obrera. Es decir, la conquista de la ciudadanía es dinámica y debe de situarse en el contexto de las transformaciones sociales de cada sociedad.

Entonces, pienso que son estos elementos muy importantes y que se deben recuperar en la discusión de ahora sobre ese carácter de regulación del Estado, o sea, sobre la dimensión política del Estado.

Eso es para mí una dimensión muy importante en cualquier actividad de regulación para que de hecho ellas puedan ser puestas en práctica. Porque si no, estaremos produciendo normas y normas y más normas.

Muchas gracias.

Bibliografía:

Aldrete-Haas J A. 1991. La reconstrucción del Estado Mexicano, Políticas de Vivienda, 1917-1988. México, DF: Alianza Editorial.

Vilas CM. 2001. El síndrome de Pantaleón: políticas y administración en la reforma del Estado y la gestión de gobierno. En: Foro Internacional, vol. XLI, Julio-septiembre, núm. 3:421-450. México, DF: El Colegio de México.

Menéndez E L. 1992. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica n° 540, 103-122.