

Moyano, Gonzálo. (2009). *El sistema público de salud, en deuda con la ciudadanía*. En: Encrucijadas, no. 48. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubi.sisbi.uba.ar>>

## INEQUIDAD SOCIAL EN EL ACCESO

### EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, EN DEUDA CON LA CIUDADANÍA

**Gonzálo Moyano**

*El sistema público de salud -no en su estado actual- puede servir para incluir y resolver, al menos en parte, los problemas de toda la sociedad. Su lógica debe ser la del derecho a la salud para ofrecer un acceso universal con características que respeten todo tipo de diversidad. El objetivo es que su financiación descansa en criterios equitativos y sus fuentes provengan de las rentas generales de la sociedad.*

#### **1. De la marginación de necesarios eventuales a la exclusión de desechables permanentes**

...

*Si un individuo produce a otro un daño físico tal, que el golpe le causa la muerte, llamamos a eso homicidio; si el autor supiera, de antemano, que el daño va a ser mortal, llamaremos a su acción asesinato premeditado. Pero si la sociedad reduce a centenares de proletarios a un estado tal, que, necesariamente, caen víctimas de una muerte prematura y antinatural, de una muerte tan violenta como la muerte por medio de la espada o de una maza; si impide a millares de individuos las condiciones necesarias para la vida, si los coloca en un estado en que no pueden vivir, si los constriñe, con el fuerte brazo de la ley, a permanecer en tal estado hasta la muerte, muerte que debe ser la consecuencia de ese estado; si esa sociedad sabe, y lo sabe muy bien, que esos millares de individuos deben caer víctimas de tales condiciones, y, sin embargo, deja que perdure tal estado de cosas, ello constituye, justamente, un asesinato premeditado, como la acción del individuo, solamente que un asesinato más oculto, más péfido, un asesinato contra el cual nadie puede defenderse, que no lo parece, porque no se ve al autor, porque es la obra de todos y de ninguno, porque la muerte de la víctima parece natural y porque no es tanto un pecado de acción como un pecado de omisión. Pero ello no deja de ser un asesinato premeditado. FEDERICO ENGELS. La situación de la clase obrera en Inglaterra*

...

La cuestión de la integración y la marginación formó parte del proceso de constitución de la sociedad capitalista que hasta ahora nos organiza. La promesa de progreso presidió los cambios que se fueron produciendo, por lo menos, desde el siglo XVII. El centro de la transformación fue Inglaterra. En 1607, un documento oficial destinado a ser utilizado por los Señores del Reino planteaba en una sola frase las expectativas acerca del cambio social: “El hombre pobre verá colmados sus deseos: la vivienda; y el gentilhomme no verá peligrar los suyos: las mejoras”.

Luego de cuatro siglos, es bastante lícito sospechar que si se decía eso, se estaba previendo lo contrario. Así, se propuso –y se impuso– la política del alambramiento [2] de la tierra (enclosure) y bien se ha dicho que la revolución incipiente en esa época fue la de los ricos contra los pobres [3].

“Los señores y los nobles cambiaban completamente el orden social y quebrantaban los viejos derechos y costumbres, utilizando en ocasiones la violencia y casi siempre las presiones y la intimidación. En sentido estricto, robaban su parte de los bienes comunales a los pobres y destruían las casas que éstos, gracias a la fuerza indoblegable de la costumbre, habían considerado durante mucho tiempo como algo que les pertenecía a ellos y a sus herederos. El tejido de la sociedad se desgarraba; las aldeas abandonadas y las casas en ruinas constituían un buen testimonio de la violencia con la que la revolución arrasaba, poniendo en peligro las defensas del país, devastando sus pueblos, diezmando su población, transformando en polvo una tierra agotada, hostigando a sus habitantes y transformándolos, de honestos labradores que habían sido, en una turba de mendigos y ladrones” [4].

Tal situación provocó la necesidad de considerar cómo iban a implementarse modos de cohesión social que no se llevaran por delante toda la organización colectiva. Una serie de normas conocidas como Ley de Pobres (Speenhamland [5], ley de domicilio, y otras estrategias como las workhouse, etc), complementarias, contradictorias, opuestas, sucesivas, fueron organizando el modo en que se supone que se evitaba que los pobres fueran arrasados, ya por la violencia explícita, ya por el hambre, o por el abanico de sometimientos que se despliegan entre una y otra, casi siempre fracasando. Así, se ensayaron diversas estrategias, que dejaron –todas ellas– un tendal de miseria, muerte y desolación, en aras del progreso y de un futuro promisorio. Así se ofrecieron muchas vidas para construir la llamada economía de mercado.

En 1834, el capitalismo industrial estaba a punto de ponerse en marcha y la reforma de la legislación de pobres dio la señal de salida. La Ley de Speenhamland, que había protegido a la Inglaterra rural -y por tanto a la población trabajadora en general- contra la fuerza del mecanismo de mercado, corroía a la sociedad hasta la médula. En el momento de su abolición, masas enormes de trabajadores parecían, más que seres humanos, espectros que poblaban las noches de pesadillas. Pero, si los obreros estaban físicamente deshumanizados, las clases poseedoras estaban moralmente degradadas. La unidad tradicional de una sociedad cristiana dejaba paso, en el caso de los ricos, al rechazo a reconocer su responsabilidad en la situación en la que se encontraban sus semejantes [6].

En la actualidad, el sistema ha producido un estado de cosas que guarda paralelismos con aquel momento inicial, aunque muestra profundas diferencias. Nuevamente existe una grave crisis con la llamada “cuestión social”. Pero, en lugar de requerir de manera forzosa -y dependiente de las necesidades progresivas del capitalismo- el reclutamiento -y entonces la integración al sistema- de los trabajadores, ha generado una expulsión violenta de una fracción de la población, que ha pasado a ser desechable. Incluso las naciones desarrolladas contienen un sector que está por fuera del sistema, por ser pobre, por pertenecer a alguna etnia minoritaria, por ser inmigrante.

En sus comienzos, el capitalismo llegó a perseguir a los trabajadores reales o potenciales para ser sometidos a trabajos forzados (estar desocupado era un delito y reincidir en él se pagaba con la horca). Maurice Dobb afirma: “Cuando la falta de trabajadores se agudizaba o surgía una demanda excepcional de fuerza humana de

trabajo, se echaba mano a medidas especiales, como el reclutamiento forzoso de trabajadores”.

En esos tiempos, se fijaban por ley salarios máximos y rigurosas penas a todo intento concertado de los trabajadores por mejorarlos y aún por aceptar un salario más elevado; se hace obligatorio el trabajo en agricultura para toda persona sin ocupación; la Corona concede a los empresarios mineros el derecho al reclutamiento forzoso o les asigna presidarios que son ahorcados si se fugan; el desempleo se convierte en un delito brutalmente castigado, los vagabundos son “azotados con látigos por los agentes”, “marcado(s) en el pecho con un hierro candente” y “condenado(s) a ser esclavo(s) por dos años de cualquier persona que denunciara a ese vagabundo”, “la mendicidad era punible (...) en caso de reincidencia, con la muerte” [7].

Hoy la desocupación es la norma, no la excepción. Se la institucionaliza y se la utiliza políticamente, vía el clientelismo [8]. Y se la produce (como a la mendicidad), lo que no quiere decir que, a la vez, no se la castigue y se la estigmatice.

Dice Bauman: “El prefijo ‘des’ sugiere anomalía; ‘desempleo’ es un nombre para una condición manifiestamente temporal y anormal, de suerte que la enfermedad es de naturaleza ostensiblemente pasajera y curable” [9].

Actualmente, sin embargo, asistimos a la exclusión, fase superior de la marginación: ya no se trata de un sector que se cobija en los márgenes sino de quienes han sido ubicados ya por fuera de ellos.

Debería quedar claro que, contra la idea romántica que atribuye apenas algunos desmanes al período de la génesis del capitalismo, éste se basó en la masacre de lo que ocurría bajo el paraguas de la creación de una sociedad “más justa”.

El nazismo también postulaba que las turbulencias de su instauración se justificaban en el objetivo de la plenitud que proveería el Tercer Reich, con la frase “seremos felices al llegar” [10], así como se hizo para justificar otros genocidios, incluso el argentino.

El progreso que desde entonces ocurrió en ámbitos diversos y, especialmente, en el cuerpo normativo de leyes y otros instrumentos jurídicos, no debe ocultar que éstos sólo se aplican cuando hay una fuerza social que obliga a hacerlo. Y que hay innumerables normas no escritas -centralmente por injustas- que se aplican a rajatabla porque la fuerza social dominante encuentra un marco no jurídico que las sostiene.

Este tiempo ilustra que el capitalismo, que en su surgimiento no centró su dinámica en la justicia, tampoco lo hará en su decadencia. La exclusión no es una preocupación verdadera del sistema, salvo para servirse de ella.

## **2. La Salud: de la recuperación para la producción a la atención (sólo) de clientes.**

...

El universalismo que queremos hoy es aquel que tenga como punto común la dignidad humana.

A partir de allí, surgen muchas diferencias que deben ser respetadas.

Tenemos el derecho de ser iguales cuando la diferencia nos inferioriza, y el derecho de ser diferentes cuando la igualdad nos descaracteriza.

BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS  
Conferencia en el Foro Social Mundial

...

Basta la salud, se dice por ahí. No es, sin embargo, sencillo que baste si no se sabe qué es. Canguilhem la define como la capacidad de decidir cómo gastar la propia vida, y en ese caso, si uno tiene la capacidad de hacerlo, efectivamente, basta con ello. ¿Qué más? Pero en cuanto a lo que “se dice”, hay algo más para agregar.

Normalmente se entiende que la salud es función privativa de la Medicina. Aunque es cierto que ella concede algunos lugares selectos para que otras disciplinas digan algo sobre salud. Y que la Medicina es una ciencia objetiva incluso “dura”. Malentendidos hubo siempre.

La Medicina moderna ha surgido acompañada con el nacimiento del capitalismo y se ha ido convirtiendo cada vez más en agencia de éste.

La organización de la Medicina (la real, la que se practica, la que dirige y la que controla, la que hace sentido en la vida cotidiana) se ha realizado de un modo totalmente funcional al sistema. Se creó por sus necesidades y desarrolló sus instituciones emblemáticas a su servicio. El hospital moderno se creó por razones vinculadas con el desarrollo del sistema capitalista.

Antes eran “morideros” (hasta mediados del siglo XVIII nadie salía –vivo– del hospital) [11], pero las guerras y la revolución industrial requirieron que la gente fuera reparada y sobreviviera. Y que se controlara la entrada de enfermedades en los puertos, al mismo tiempo que se permitiera el tránsito de mercancías. Los manicomios, el uso de los medicamentos, la medicalización de los procedimientos y eventos naturales –incluso el nacimiento y la muerte, y ahora cada vez más eventos y situaciones: la muerte de otros, los sinsabores de la vida, la calvicie– y de las emociones han sido funcionales al modo de organizar el mundo según las leyes del mercado. Todo se medicaliza y se medica. A todo le llega la norma (lo que transforma la distancia a ella en “anormalidad”) y la pastilla (para ceñirlo a la norma) [12].

Este marco es el único adecuado en el que debe analizarse la función del sistema de salud y su relación con la Medicina. Puede pensarse en el sistema argentino que es fragmentado y excluyente, cuyo sector (o subsector) público es el único que ha dado respuestas, a pesar de su alentado y sostenido deterioro con pocas oscilaciones desde 1952. Sobre todo, en tiempos de crisis, cuando el subsector de Obras Sociales (O. S.) no pudo y el privado no quiso, defendiendo sus utilidades, ya que no contiene otra lógica que la del lucro y en cada discusión privilegia ese papel.

El de las O. S. ha respondido a una lógica que pudo haber sido discutible ya que hace

que la atención de la salud dependa de la relación laboral, lo que impide –al menos como se impuso en Argentina– cualquier tipo de sistema integral. Pero hoy es –además– inviable, con la desocupación estructural, el trabajo en negro y la baja del salario. El sector público termina conteniendo aún una lógica basada en la caridad -y es así que se respalda su desfinanciamiento crónico- en disputa con otra basada en el derecho a la salud, que no termina de instalarse y que podría ser un modo de revertir, claro que no exclusivamente, la inequidad que sostiene.

Ésta se ahonda en tiempos de crisis [13], cuando por ella el Estado la desfinancia aún más, al tiempo que los otros subsectores se repliegan. Y, sobre todo, una fracción de las clases más acomodadas –devenidas en menos acomodadas– compite con los más postergados por ser asistida con los mismos recursos escasos del subsector público. El capital cultural de los primeros termina por desplazar a los segundos. Este sistema – desintegrado y desfinanciado– establece en su dinámica un acceso diferencial, ahondando la marginación y la exclusión.

La organización social ha requerido desde su constitución diferentes formas de marginación y, en la actualidad, ha pasado a la exclusión, su fase superior. Allí, el excluido pierde toda expectativa de inclusión, debido a que ninguna función se espera de él (no es ejército de reserva, no está parado a la espera de ser superada la crisis; está afuera). Las pocas que se le pueden encomendar requieren de muy poca gente, y se lo hace en condiciones cada vez más degradantes, es decir, a condición de no cuestionar en lo más mínimo su carácter de excluido.

Por otro lado, el sistema de salud, antes que nada, es histórica y estructuralmente funcional a este estado de cosas. Ha ido acompañando, en términos generales, las transformaciones del capitalismo (y acompaña la actual), en cuestiones de control social, de biopolítica y de expropiación de la salud de las personas.

Si bien no es nuevo, en los últimos 15 a 20 años –y se ha acentuado en el período más reciente– se han desarrollado mucho más aspectos del negocio de la salud, con una aún más fuerte imbricación estructural con el capitalismo, la globalización, etc. Ya crea enfermedades para que los medicamentos sean usados, ya genera sentidos del “ser saludable” que son vendidos con dispositivos funcionales al negocio de la salud.

El 80% de la masa de dinero que las empresas de la Industria Farmacéutica (IF) mueven en el mundo, lo hacen entre Europa (30%) y EE.UU. (50%), por lo que es esa masa la que determina no sólo lo que se produce sino lo que se investiga, y por ende, lo que se busca y lo que se diagnostica.

Todo el tiempo nacen enfermedades nuevas o se extienden los límites de las que existen, a fin de dar cabida a medicamentos cada vez más caros y cada vez más inseguros, que resuelven cada vez menos problemas de las personas [14].

Del presupuesto de la industria farmacéutica, más del 70% se utiliza para funciones

administrativas y –sobre todo– de marketing. Del resto, buena parte de lo que se usa para investigación es sobre medicamentos ya conocidos y cuyos aspectos innovativos son escasos o nulos. Por eso, luego pasan a la sección marketing para que se encuentre el modo de venderlos como novedosos, con el mínimo esfuerzo investigativo.

Se calcula que sólo el 1,5% de la masa de dinero que maneja la IF lo hace en descubrir drogas innovadoras. Todo esto establece que los medicamentos se basen en las personas que tienen recursos para comprarlos, y que puedan ser objetivo del marketing. Los marginados y los excluidos no pueden ni lo uno ni lo otro, por lo que ni se investiga ni se invierte en resolver sus problemas. Nueva marginación y nueva exclusión.

Pero el sistema de salud puede (no el que tenemos) servir para incluir y resolver, al menos en parte, al menos proponerse resolver, al menos no sostenerlos, los problemas de toda la sociedad. Para eso debe cambiar su carácter. Su lógica debe ser la del derecho a la salud y por ello debe organizarse en torno a un acceso universal, con características que respeten la diversidad (de etnia, de género, de clase, etc.). Su financiación debe descansar en criterios equitativos y sus fuentes deben provenir de las rentas generales de la sociedad, la que antes produjo las inequidades y las expropiaciones.

Parte fundamental de su estrategia debe ser la (mal) llamada Atención Primaria de la Salud [15]. Incluye, como parte sustancial (en especial, por la doble pertinencia de involucrar a los actores y devolverles su derecho a gestionar su salud; vg: desexpropiar), la participación social comunitaria en la toma de decisiones, así como las dimensiones económicas, sociales y ecológicas (por nombrar sólo algunas) que determinan la salud de la población.

### **3. De la universidad a la universalidad**

¿Qué pretendemos de la universidad y de la ciencia? Buscar y hallar instrumentos para contrarrestar la marginación y la exclusión que la sociedad produce. Para ello, se requiere aceptar el desafío -incluye considerar que la marginación y la exclusión son éticamente injustas y socialmente producidas- y su consecuencia. Es decir, proponerse una tarea investigativa que se ponga al servicio de estudiar las causas y las razones de estos fenómenos y los procesos involucrados, para producir vías para la resolución de esas condiciones.

Que la universidad sea espectadora de esta situación, sin comprometerse, acerca la situación a la complicidad. Establecer las causas y las razones y no buscarles remedio nos parece una contradicción insalvable. El camino que tenemos es la búsqueda de justicia y equidad. Y en particular, en la universidad, ese es el rumbo.

#### **NOTAS**

[1] Pocos años antes, las primeras invenciones, similares a las que luego posibilitaron la Revolución Industrial, terminaron con sus inventores en la horca, como lo cuenta Marx en *El*

*Capital* .

[2] La política de “alambramiento” o “cercamiento” (enclosure) fue uno de los modos fundamentales de privatizar la tierra en la transición del modo de producción feudal al capitalismo. Incluyó la cooptación de campesinos que se ilusionaron con la “propiedad” de la tierra, y luego la perdieron.

[3] Polanyi, Karl. *La gran transformación* . Ed. La piqueta. España. 1944.

[4] Polanyi, Karl. *Op. cit* .

[5] La ley de Speenhamland no era una ley sino un acuerdo para brindar recursos mínimos a los potenciales trabajadores para permitirles sobrevivir, equivalentes a una hogaza de pan por día, y algo más por cada hijo. Provocó, con el tiempo, una gran desorganización social entre los trabajadores. Casi como nuestros planes Jefes y Jefas.

[6] Polanyi, Karl . *Op. cit*.

[7] Moyano, Fernando. ¿Movimiento obrero jurásico? *Revista Alfaguara* N° 18. Accesible en <http://usuarios.lycos.es/Alfaguara/LUDDITAS.html>

[8] Para un estudio detallado del uso de la marginalidad y la exclusión en Argentina, véase el excelente trabajo de J. Auyero, *La Zona Gris* . Siglo XXI. Argentina 2007.

[9] Bauman, Zygmunt. *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias* . Paidós. Argentina. 2006.

[10] Bauman, Zygmunt. *Modernidad y Holocausto* . Sequitur. Madrid. 1997.

[11] Foucault, M. “¿Crisis de la Medicina o crisis de la Antimedicina ?” y “ La incorporación del hospital en la tecnología moderna”, e n *Estrategias de Poder* . Paidós 1999.

[12] Canguilhem dice también (en “La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica”) que “no hay ciencia de la salud (sino que) es un concepto vulgar (no) trivial sino común, al alcance de todos”. Postulamos que la “elevación” de lo vulgar al estatus “científico” (lo que cuestiona lo científico de la elevación) es función de la expropiación de lo vulgar por la medicina, y esto hace a su función normatizadora y de agencia del sistema.

[13] Es interesante en este sentido el modo en el que organismos internacionales como la OPS validaron como enseñanza adquirida por el Estado, en la crisis 2001/2002, sobre el papel del sistema de salud, que “(ahora se sabe que) siempre hay lugar para un ajuste más” (véase: Zeballos, J. L. “ *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001- 2003*” . Publicación N° 57. OPS. 2003. Para un análisis crítico véase: Moyano, G y Escudero, J. C. *La salud en Argentina: ¿en manos de quién?* Disponible en <http://www.fmed.uba.ar/depto/ddhh/multisectorial/argentina.doc> )

[14] Desde hace más de una década, la tercer causa de internación en EEUU (la región que usa el 50% de la masa de dinero en medicamentos y determina el rumbo de todo lo ateniende e ello) es la complicación por el uso de medicamentos. Las ventajas obtenidas en curación, salud y bienestar están siendo comprometidas cada vez más en función al carácter primordial y excluyente del medicamento como mercancía.

[15] El concepto de *Primary Health Care* se ha “traducido” de un modo que pierde algo del sentido original, al reducir lo primario a lo elemental (y no a lo prioritario) y designar atención en

vez del mucho más abarcativo "cuidado de la salud".