

## RESUMEN

Se propone en este trabajo relacionar los conceptos de Salud Pública y particularmente la Atención Médica con el desarrollo económico de la sociedad, haciendo una síntesis de los antecedentes y situación actual del enfoque economicista de la Salud Pública y del Sistema de Salud.

En este sentido se hace una ajustada síntesis del proceso seguido en estos temas desde la antigüedad hasta nuestros días.

Concluye el trabajo con un capítulo relacionado con la globalización económica a la que luego de identificar sus orígenes y desarrollo, lo relaciona con la actual concepto de «Economía de la Salud» haciéndose una descripción de este punto, según enfoques sistémico y neoclásico, concluyendo con una ajustada crítica al mismo y describiendo a modo de crítica los efectos inequitativos del modelo.

**Palabras Clave:** Economía y Salud.

## ABSTRACT

*In this paper we propose to relate Public Health, especially medical assistance to society's economical situation, with a synthesis of antecedents and current situation of the economicist focus of Public Health as well as the health system.*

*An exact synthesis of the processes carried out concerning these subject matters since ancient times until nowadays.*

*We conclude this paper with a chapter related with economic globalization, which we relate with the current concept of "Health Economy", after identifying its origins and development. "Health Economy" is described according to systemic and neoclassical focus, concluding this paper with a strict criticism to these foci as well as describing the unfair effects of the model.*

**Key Words:** Health Economy.

## INTRODUCCIÓN

Existen varias definiciones que intentan explicar el concepto de salud pública. A mi criterio, ninguna resulta lo suficientemente significativa a los efectos de abordar el presente ensayo. Por ello, intentaré un concepto propio. En primera instancia,

---

\* Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy - Otero 262 - CP 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina. **Correo Electrónico:** lquintana@arnet.com.ar

cabe analizar cada uno de sus términos. Así, la “salud” se proyecta sobre un espacio epistemológico específico, en el cual están contenidas no solamente las ciencias cuyo objeto es el estudio del hombre en su manifestación biológica y anímica, como la medicina y la psicología, sino también todas aquellas que de alguna manera son complementarias como la bioquímica, la farmacología, o la nutrición, entre otras. El término “pública” nos acerca a la idea de la cuestión social y política. Por ello, la “salud pública”, no solamente se ocupa de la medicina, los métodos de diagnósticos, las distintas patologías y las terapias, sino también de su relación con el hombre social y político.

En este sentido, a mi entender, la “salud pública” es aquel campo cognitivo que se ocupa de estudiar los modos en que el *ser humano*-producto social- percibe y expresa sus “males psico-físicos”, y la *comunidad*, a través de su sistema social, económico y político, contribuye a generar los conocimientos sobre las enfermedades, su identificación, descubrimiento, diagnósticos y tratamientos terapéuticos, como así también los medios y sistemas de organización adecuados para prevenirlas, para brindar los servicios de asistencia sanitaria, y para formular políticas conducentes a mantener y mejorar el bienestar psico-físico de la población.

Los especialistas en Salud Pública, al ocuparse de la salud del hombre y de la población, incursionaron, por necesidad o vocación, en la cuestión social. Mayoritariamente, esta conexión se expresó colocando en el centro del problema a la cuestión sanitaria, y en la periferia, como “variables meramente influyentes”, a la cuestión social. Así, la salud se nutrió de distintas disciplinas sociales, especialmente dirigidas al campo de lo microsocioal, diseñando un conjunto de acciones tendientes a influir en los factores sociales que condicionan el comportamiento humano. Este enfoque, ha encontrado amplia repercusión en todas las profesiones que se ocupan del trabajo social, entendiéndose a éste como aquel cuya actividad principal es la atención del hombre individual inserto en un contexto social.

Otros profesionales de las ciencias sociales, tales como historiadores, economistas y sociólogos, enfocaron el estudio de la salud pública desde otra perspectiva, con un abordaje macrosocioal, el cual coloca a la sociedad y su sistema de organización en el centro del problema, y considera a la salud pública como un campo de manifestación de aquella. En este sentido, la salud es componente de un sistema, y asume un doble papel en él. Por una parte, como “input”, actúa como atributo cualitativo de los actores sociales, de cuyo estado sanitario dependerá el grado de eficacia de la organización social, y por otro, como “output” representa el nivel de bienestar general que la población pudo obtener del funcionamiento del sistema. Para estos profesionales, el estudio de la salud pública está dirigido al diseño de macropolíticas públicas que tiendan al mejor funcionamiento de la sociedad, y a elevar el bienestar general de su población.

El presente ensayo se inscribe dentro del último de los enfoques mencionados. Así, en el mismo se pretende construir una *hipótesis* sobre la posible vinculación entre dos campos de manifestación de la sociedad, la salud y el desarrollo económico. Aparentemente, ambas no estarían muy relacionadas, y cada uno de esos campos habría tendido un desarrollo independiente, sin embargo, a juicio del autor, es posible

que existiera una muy estrecha asociación. El trabajo, queda en esta instancia de la hipótesis, ya que no se pretende efectuar ninguna validación de la misma.

Luego de esta introducción, el segundo capítulo trata un conjunto de consideraciones metodológicas, las cuales conducen a la construcción de la hipótesis del ensayo. Aquí, se relacionan dos escenarios, el de la salud, y el de la economía. En el primero, se aprecian la existencia de tres modelos de salud: el modelo "bio-médico", el "holístico primitivo", y el "holístico moderno o post-bio-médico". En el escenario económico, se presenta los criterios para estudiar los sistemas económicos, ya sean éstos precapitalistas, como el capitalismo central de Europa, o la economía Latinoamericana donde existen áreas insuficientemente integradas al capitalismo.

En el tercer capítulo, se procede a vincular ambos escenarios, forzando una conexión histórica que permita explicar los modelos de salud en la antigüedad, cuando regían otros sistemas económicos, para luego establecer el vínculo entre el desarrollo capitalista y la aparición del modelo "bio-médico". Finalmente se observa en Latinoamérica la presencia de "economías duales" (capitalismo con manifestaciones precapitalistas), que tienen como contraparte en salud, la convivencia de los modelos de salud "bio-médico" y "tradicional".

En el cuarto capítulo, se muestran los cambios significativos en el sistema capitalista a partir de la post guerra, y se los asocia con las distintas concepciones de salud pública. En el último capítulo, se llega finalmente a la etapa de la globalización económica, vinculando el paradigma de la economía neoclásica con la nueva visión de la "economía de la salud". Se relaciona la teoría con la realidad y la forma en que el sistema económico posibilita el surgimiento del "modelo holístico moderno" de salud.

En la conclusión, se redondea la hipótesis planteada, indicándose algunas consecuencias que ella podría tener para el diseño de las políticas públicas.

## CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Expresa Klimovsky(1) que "trabajar con hipótesis o conjeturas es admitir que estamos concibiendo visiones provisorias de la realidad, susceptibles de ser mejoradas, corregidas o cambiadas drásticamente". Según este autor, ellas pueden caracterizarse por: 1) Son formuladas en un determinado lugar, en circunstancias particulares y en un momento histórico. 2) Para quien las formule, las hipótesis aún se hallan en estado de problemas, ya que aún se ignora su verdad. 3) Quien las formule supone que son verdaderas, lo cual no significa que tiene alguna creencia de su verdad.

La formulación de hipótesis requiere un *problema*. La solución del problema puede trascender a una mera hipótesis, y requerir de un conjunto de ellas que conformen una teoría. En el presente trabajo, el problema consiste en descubrir la influencia que ejerciera el proceso de desarrollo económico sobre la evolución de la "salud", tanto desde su perspectiva cognoscitiva, como de las distintas formas de organización social que adoptaron las comunidades para su prestación.

El desarrollo económico implica una transformación del sistema económico y social, dentro de la cual pueden apreciarse, en un núcleo central, cambios en los procesos productivos y en las modalidades de distribución del ingreso, y en un espacio periférico, un conjunto dinámico de transformaciones en toda las manifestaciones sociales, políticas y culturales de la comunidad. El desarrollo económico fue abordado por distintas disciplinas, fundamentalmente por la Demografía, la Economía y la Historia.

**a)** Desde la **perspectiva demográfica**, cabe mencionar el tratamiento que brinda Georges Tapinos, en su libro "Elementos de Demografía"(2) Capítulo 13. Éste enuncia la cuestión demográfica del desarrollo, exponiendo distintos modelos: a) El Maltusiano, y la teoría del óptimo de la población, que pretenden definir la magnitud (en algunos casos la magnitud adecuada) de la población, en función de las condiciones de producción. b) El modelo de Baserup, que plantea la cuestión a la inversa, definiendo a la población como un factor de la producción, el cual explicará el nivel productivo. c) Los modelos del Club de Roma, y el de la Fundación Bariloche, cuya utilidad apunta a incorporar la población en una "función de producción", (de tipo Harrod-Domar o Cobb-Douglas), tomando como restricción la preservación del equilibrio ecológico del mundo.

En todos los casos, se indica que la población constituye una "variable independiente, o exógena", mientras que el sistema económico o la producción, serían las "variables dependientes o endógenas". En algunos casos se plantea que estas variables independientes, puedan actuar además como "variables objetivos" (modelo Maltusiano, y teoría del óptimo de la población), o en otros, como "variables instrumentos" de la economía (modelos Baserup, y del Club de Roma).

Desde una mirada social, la salud constituye uno de los atributos indisolubles de la población, y en tal caso, su tratamiento para el estudio del desarrollo económico desde un enfoque demográfico, correría igual suerte. Desde la perspectiva de la Economía, el tratamiento de la cuestión demográfica puede ser algo diferente. Respecto a la primera, sin despreciar los enfoques ya mencionados, es posible formular modelos económicos en los cuales, la población se comportaría como una variable "dependiente o endógena", y el sistema económico o la producción serían las "variables independientes o exógenas". No se trata de modelos de crecimiento, ni de política económica, destinados a realizar proyecciones cuantitativas, sino de modelos descriptivos, de tipo fenomenológicos, que pretenden explicar el funcionamiento del sistema económico, construyendo determinadas teorías.

Dentro de esta visión, la salud jugaría como una "variable dependiente", cuyo comportamiento está determinado por el desenvolvimiento del sistema económico. De esta manera, **la explicación de las transformaciones en los modelos de salud se encontraría en el proceso de desarrollo económico.**

**b)** La **perspectiva histórica** del desarrollo económico, requiere revisar algunas cuestiones metodológicas de esta disciplina. El *objeto* de la historia(3) es el ser humano, y vinculados con éste, los hechos individualizados, únicos en el tiempo, e

irrepetibles. El *fin* de la historia está dado por la obtención de los hechos del pasado tendientes a su reconstrucción intelectual. Despectivamente se ha mencionado que se trataría de la imaginación del pasado, siguiendo un método apropiado, lo más objetivo posible.

Hasta el siglo XVIII, los estudios históricos tendían a reconstruir el pasado mediante la narración de acontecimientos vinculados con los *hombres que hicieron la historia*. A partir del Siglo XIX, la historia se ocupa del estudio temporal y espacial de las actividades colectivas de los seres humanos, por lo que dejó de ser preponderante el protagonista histórico, para tomar una posición central la sociedad en su conjunto.

En el tratamiento de la historia científica, resulta significativa la distinción entre "historia" e "historiografía". Mientras ésta es una mera crónica, que solamente relata acontecimientos, aquella es la interpretación intelectual del pasado. El abordaje que se pretende seguir en este trabajo, dista mucho de una "historiografía" de la salud. Tampoco se pretende una "historia" de la salud, sino ubicar la salud dentro del proceso histórico del desarrollo económico, entendiéndose a este no solamente como el desarrollo del capitalismo, sino por la evolución de todos los sistemas económicos.

Cuando se vincula la historia con el desarrollo económico, se circunscribe el campo del conocimiento al de la historia económica. Fue determinante para la evolución de ésta, el desarrollo del método dialéctico de Heguel, también conocido como materialismo dialéctico, (que interpretaba al materialismo como realismo racional). De él surgieron dos grandes posturas filosóficas e ideológicas para el estudio de la historia. Por una parte, Karl Marx que, junto a Engel, desarrollaron el materialismo histórico, como un método que considera al factor económico o material, como el motor de la historia. Por otra parte, la Joven Escuela Histórica Alemana, de la cual Schmoller (Compendio de Economía Política) es su principal exponente, se preocupa por refutar al marxismo, considerando que lo económico es un factor más dentro de la historia general, pero el motor de ella radica en cuestiones ideológicas e institucionales.

Estas controversias constituyen la base de la distinción entre dos grandes posturas filosóficas para abordar la historia: el *idealismo*, que le asigna a lo ideológico y a lo político - institucional, la principal trascendencia en el devenir de los acontecimientos; y el *materialismo histórico*, que le atribuye, no solo mayor importancia a las cuestiones económicas, sino que éstas constituyen el factor desencadenante de los procesos históricos.

**c)** La explicación del desarrollo desde la **perspectiva de la Economía**, deja de lado el enfoque demográfico, ya que, tal como se dijera anteriormente, los fenómenos poblacionales, serían consecuencia y no causa del desarrollo. También rechazan la visión historicista del desarrollo, ya que no es propósito explicar la *historia económica*, sino la *economía histórica*, y dentro de ella, siguiendo el método materialista. De esta manera, el mosaico de hechos reconstruidos por la historia deja su lugar a una explicación teórica sustentada en modelos de teoría económica, estáticos o estáticos

comparativos, complementada con datos provenientes de dicho mosaico.

Sin pretender detenernos en el estudio del desarrollo económico bajo la perspectiva de la economía, debemos hacer alguna referencia a los distintos enfoques epistemológicos de esta ciencia.

Gregorio Klimovsky(4) expresa que existen tres posiciones metodológicas en las que se ubican los científicos sociales: el *enfoque de la escuela crítica*, el *enfoque interpretativo*, y el *enfoque naturalista*.

Al aplicar estas tres posiciones al campo de la Economía, podemos considerar que existen tres corrientes epistemológicas bien diferenciadas en ella: a) la economía marxista, b) el institucionalismo económico; c) la economía formal.

a) La **economía marxista**, fundada por Carlos Marx, con la contribución de Engel, fue muy enriquecida con los aportes de Lenin, Rosa Luxemburgo y Hilferding, encontrando autores contemporáneos que inauguraron un neo-marxismo que comenzó con la teoría de la dependencia. Esta escuela es crítica del capitalismo, habiendo consolidado su posición filosófica en su aplicación al campo de la historia económica.

Los procesos económicos no son voluntarios, sino determinados por procesos históricos materiales y objetivos, derivados de la lucha de clases, donde la clase dominante impone su política, conforme a su interés de clase.

El *valor* principal derivado de esta posición es la *legitimidad*, expresada como emancipación de la clase dominada para las posiciones progresistas, o en un extremo opuesto, frente a posiciones reaccionarias, como restauración de las clases dominantes. Pero en ambos casos, la ética es en síntesis la *ética de clase*.

b) El **Institucionalismo**, tiene como principal exponente a Veblen, y considera que los procesos económicos no son determinantes de las instituciones, sino determinados por ellas. La preocupación fundamental de esta escuela es el derecho económico, las ciencias de la organización, y el desarrollo de la cultura del control. El neo-institucionalismo se funda como respuesta al consenso de Washington, fundamentando la regulación económica en las imperfecciones del mercado, siendo enriquecida por aportes intelectuales de neo-marxistas que claudicaron frente a la realidad de la caída del socialismo.

Los procesos económicos son el resultado de un proyecto o "modelo" político, producto de la voluntad social a partir de la cual se define el comportamiento económico

Los *valores* emergentes de esta posición están vinculados con la *equidad*, y la temática de la distribución del ingreso. La ética que se deriva de esta posición es la *ética de la solidaridad y del respeto a la ley y a las instituciones*.

c) La **economía formal**, (es la economía ortodoxa, muy comprometida con el sistema capitalista) contiene a su vez distintas escuelas de pensamiento. Las más conocidas son: 1) La **economía clásica** que contempla autores de fines del siglo

XVIII y la mitad del siglo XIX, tales como A Smith, D. Ricardo, Malthus, J. Stuart Mill y J.B. Say, que están señaladas por un enfoque metodológico holista 2) La economía marginalista con autores como Jevons, Clark, y Wicksell. 3) La **síntesis neoclásica**, que nace con Alfred Marshall, y tiene vigencia durante el primer cuarto del siglo XX. Las dos últimas se caracterizan por su adhesión al individualismo metodológico 4) La **economía keynesiana** que surge luego de 1936, y que inaugura un paradigma económico hasta el surgimiento de una nueva escuela, el monetarismo con Milton Friedman, hasta la crisis petrolera de 1970. El enfoque keynesiano, y sus variantes como el estructuralismo de la CEPAL, siguieron un enfoque sistémico. 5) El **consenso de Washington**, que surge a raíz de la crisis de la deuda de la década de 1980, es de neto corte neoclásico, y abiertamente opuesta al keynesianismo y al monetarismo. El enfoque metodológico varía desde el empirismo individualista al pragmatismo.

En la economía formal, la voluntad de la sociedad es ajena a los procesos económicos, donde éstos son “fenómenos naturales” que el científico debe descubrir e intervenir conforme lo permita la naturaleza económica (al estilo de una física económica). Para éstas no existen “modelos”(como intención) previos al proceso económico. (Los modelos en este enfoque son instrumentos metodológicos para simplificar la explicación de la realidad).

El valor fundamental en la Economía formal es la *eficiencia*, y la ética deriva de conductas coherentes vinculadas con la *producción* y la *óptima asignación de los recursos*.

Estos tres enfoques convergen en la teoría del Desarrollo Económico. Para la cultura moderna y posmoderna, existe la idea que desarrollo implica progreso, y que el progreso es un valor. Para otras culturas que conviven con la modernidad y la postmodernidad, el progreso puede ser un disvalor.

Pero aún a partir de la noción de progreso como valor, se aprecian tres dimensiones del desarrollo(5): a.- una dimensión vinculada con la eficiencia en la organización social para producir la riqueza; b.- otra dimensión relacionada con la posibilidad que tiene la organización social de poner al alcance de la población los bienes con los cuales pueden satisfacer sus necesidades; c.- una tercera dimensión que tiene que ver con las relaciones de poder que surgen entre las clases dominantes y las clases dominadas, como protagonistas de un proceso competitivo, tanto por el reparto de la riqueza, como del control de los medios para producirla.

Es decir que están presente las tres ideas básicas de *eficiencia*, *equidad*, y de *legitimidad*. Con ellas construimos el concepto del desarrollo, concibiéndolo como un proceso histórico de transformaciones sociales y productivas operadas en el sistema capitalista, tanto en su infraestructura física, en sus relaciones sociales, y en su cultura, con el fin último de contribuir a la expansión de la riqueza (PBI) y al mejoramiento del bienestar de la población; todo ello como pilares básicos que sustentan la continuidad del capitalismo. Estoy excluyendo de este concepto cualquier idea de transformación o evolución de los sistemas no capitalistas. A su vez, sin crecimiento del producto no hay desarrollo, de la misma manera que con

éste pero sin bienestar para los individuos, tampoco existe el desarrollo, y nada de ello es posible si el sistema capitalista no se reproduce y perpetúa su vigencia.

Avanzando sobre la temática de este ensayo, debemos resaltar que para la mirada económica del desarrollo, toda expresión social y cultural, es consecuencia (aunque no lineal) de las relaciones económicas. Como corolario, concibiendo a la salud pública como campo de manifestación social, ésta pasa a asumir características puntuales y diferenciadas en cada momento histórico, como consecuencia del estadio en que se encuentre el proceso de desarrollo económico.

Para examinar la relación entre desarrollo y salud pública, no resulta posible contar (al menos a este nivel de formulación de hipótesis) con la suficiente información para armar un mosaico completo de hechos históricos. La bibliografía consultada, provee algunos escenarios, que son representativos de tan solo algunos puntos o momentos de toda la dimensión temporal. Sin embargo, para formular una mera hipótesis explicativa, basta con fijar y caracterizar dichos momentos casi estáticos, y haciendo uso de la estática comparativa, trazar una línea entre ellos, dándole cierta continuidad dinámica al proceso de desarrollo y su manifestación en la salud pública.

El primer punto de referencia lo encontramos en el siglo XVII y XVIII, donde Michel Fourcault en "El Nacimiento de la Clínica"(6), presenta el desarrollo de las prácticas médicas en un contexto de cambio social, coincidente con la revolución industrial, el florecimiento de las ciencias, y el período de la revolución francesa. Pone en evidencia la vinculación entre las modalidades de asistencia médica, con la sociedad y el poder, de cuya relación dialéctica se constituiría el *modelo médico occidental*, el cual se diferencia significativamente de los modelos de salud existentes en la antigüedad.

El segundo momento de referencia lo encontramos en la presencia de distintos niveles de desarrollo, destacándose que en los países y áreas geográficas más desarrolladas, el modelo bio-médico occidental es hegemónico, mientras que en las áreas menos desarrolladas, caracterizadas como de baja ocupación por parte del capitalismo, existe marcada presencia de modelos tradicionales de salud. En tal sentido, el "Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe" de la Organización Mundial de la Salud y otros Organismos(7), resulta bastante ilustrativo.

El tercer aspecto a considerar proviene de examinar las características de los sistemas de salud tradicional que brindan tanto el artículo de Douglas Saharon, "El Chaman de los Cuatro Vientos"(8) como el texto de María Cristina Bianchetti, "Cosmovisión Sobrenatural de la Locura"(9), de los cuales puede comprenderse la modalidad de tratamientos terapéuticos en algunas comunidades indígenas.

Considerando que los modelos de salud tradicional tienen vigencia en áreas no ocupadas plenamente por el capitalismo, o de menor desarrollo relativo, y asociando esta circunstancia con el hecho que existe coincidencia entre los fundamentos filosóficos de este modelo y los que sustentaban a las modalidades de sanación de la antigüedad, pueden extrapolarse sus características, a las vigentes en la etapa precapitalista.



El cuarto punto de referencia es la transformación del sistema capitalista operada en los últimos 50 años, donde la influencia del keynesianismo de post guerra, marcó una determinada política de salud, y la globalización, sustentada en el neoliberalismo económico, que ha venido a marcar un nuevo paradigma filosófico de la salud occidental. Los efectos del proceso de globalización van abriendo espacio para el desarrollo de nuevos modelos alternativos, que aunque fundados en similares principios filosóficos que los modelos tradicionales tales como el holismo, pero no excluyen los avances de la biología y la tecnología medica moderna, encontrando su génesis tanto en oriente como en occidente, siendo de aplicación en distintos estamentos sociales, tomando mayor impulso en las áreas de más alto nivel de desarrollo, y fusionándose con la medicina tradicional en las áreas menos desarrolladas.

Con estos cuatro puntos fijos, se construirá la hipótesis explicativa de la transformación y manifestación de la salud pública como consecuencia del desarrollo económico. Dado que no es posible someter al proceso de validación de la hipótesis, ésta quedará en el mero nivel de una presunción, la cual puede perfectamente ser considerada parcial, y poco objetiva.

## **LOS SISTEMAS ANTIGUOS Y LA CONSOLIDACIÓN DEL CAPITALISMO.**

Un sistema económico es el modo de organización que adopta una comunidad para asignar los recursos a la producción de la riqueza, y su posterior distribución. En todo sistema existen, La **estructura**, que muestra las relaciones entre clases sociales emergentes de la división del trabajo, las cuales están conformadas por conjuntos de personas agrupadas según los factores de la producción que sean de su propiedad. La **infraestructura**, es la base física que hace posible la producción; y la **superestructura**, que define las reglas de juego del sistema. La forma de realizarse el trabajo y de apropiación del excedente, marcan la característica fundamental de todo sistema económico vigente en cada época(10).

Durante la presencia del "comunismo primitivo", el trabajo constituía una tarea de tipo doméstica, organizada por principios religiosos, y dirigida por los líderes de la tribu. El producto o la pequeña riqueza creada, se distribuía comunitariamente, mediante un adecuado sistema de administración y reparto.

Posteriormente, la incapacidad de este sistema para satisfacer las necesidades económicas de la población, llevó a la lucha de los pueblos por la dominación de los recursos naturales, y la obtención de prisioneros que serían destinados a realizar el trabajo más difícil. Así, al sistema de economía tribal o comunismo primitivo, le sucedió el "esclavista", cuya característica estructural básica está dada por la existencia de dos clases sociales antagónicas, los Amos y los Esclavos. Éstos realizaban el trabajo y eran de propiedad de los primeros, quienes debían asumir el gasto de manutención de los esclavos. La superestructura, legitimaba, por la ley y la costumbre, el derecho a la esclavitud. El esclavo se podía vender o comprar, estando su precio vinculado con su "productividad o eficacia", generalmente asociada a las características físicas de su cuerpo, aunque en algunos casos también se consideraban valiosos los esclavos cultos o maestros. La

preocupación principal del amo y el costo a ella asociada, era la manutención y reproducción del esclavo.

Es posible que durante la antigüedad, bajo sistemas tribales, o bajo la presencia del esclavismo, tanto en Egipto como en Grecia, la salud estaba reservada a ciertas categorías de personas asimilables a una jerarquía de sacerdotes, quienes tenían la facultad de curar tanto el cuerpo como el alma, y realizaban sus actividades al amparo de los Reyes y personas de la nobleza. Revisando principios filosóficos tales como la filosofía hermética de Egipto, o la cábala de los hebreos, como así también un conjunto de escritos esotéricos que hoy se han difundido, pero que se atribuyen a la misma época, se interpreta que la concepción médica y los modelos de tratamientos son muy similares a lo que se conoce como "modelos holísticos".

Al examinar dichos documentos, podemos comprender que su concepción se basa en la existencia de una fuerte interrelación entre el cuerpo, la mente, el espíritu y la naturaleza, siendo cada organismo una entidad completa, con carácter individual y específico, pero que reflejan el todo del cual forman parte. De esta manera, cada parte del ser humano se comprende como una componente interdependiente del todo.

En este modelo, las enfermedades tienen multiplicidad de causas, estando siempre unidas a la espiritualidad y la religiosidad, ya que estas actividades son las que posibilitan encausar el flujo de energías que relacionan al cuerpo, la mente, el espíritu, y la naturaleza.

Los síntomas de una enfermedad son manifestaciones de mecanismos internos del individuo, que son puestos en marcha por el cuerpo para superar una disfunción orgánica. En tanto que el tratamiento de la enfermedad consiste en dinamizar, considerando las peculiaridades e idiosincrasia del individuo, la energía vital, en forma natural, no invasiva, curando todo el cuerpo y no meramente las partes afectadas. Cada persona es responsable de su enfermedad, y solo a ella le compete restablecer la salud, quedando reservado para el curador, solamente el papel de un guía que sugiere las terapias y los medicamentos pertinentes.

Tales características, distan muy poco de lo que hoy se conoce como medicina alternativa. En realidad, ésta no es otra cosa que una disciplina surgida del examen y sistematización de las antiguas terapias, de los sistemas de salud conservados en Oriente desde muy antiguo, y de los modelos de salud que prevalecen en las comunidades aborígenes de América, y que fueron conservadas por la tradición desde tiempos precolombinos.

El quiebre del sistema tribal, y el surgimiento del esclavismo, vino a modificar la relación entre los gobernantes y los brujos o curanderos. Muchos de éstos fueron tomados como esclavos, y otros se resistieron huyendo y reclusándose en montañas o en el monte. Este proceso persecutorio ha hecho que gran parte de los conocimientos se perdieran. Sin embargo, los reyes victoriosos tuvieron bastante cuidado de conservar cerca a los hechiceros, curadores y sacerdotes, brindándoles un trato preferencial dentro de la sociedad de la época.

De esta manera, en la antigüedad se fue conformando todo un sistema de salud, cuyas características sobresalientes podemos destacar en las principales culturas:

a) *Egipto*: La medicina era patrimonio de la casta sacerdotal y revestía el carácter de práctica médico-religiosa; ello no contradice el hecho comprobado (Heródoto, Homero, papiros de Ebers, Edwin Smith) de sus amplios conocimientos sobre sustancias y plantas terapéuticas; es probable que existiesen además médicos no sacerdotes, lo que explicaría un cierto desarrollo de la técnica quirúrgica y de la medicina empírica.

b) *Mesopotamia*: Aquí también se interpreta la enfermedad como intervención de malos espíritus, y su tratamiento es similar, aunque presentaba como rasgo diferencial el uso predominante de la astrología como técnica de diagnóstico.

c) *India*: En los distintos sortilegios para curar a los enfermos, se encuentran ya someras descripciones de numerosas enfermedades epidémicas. En los libros clásicos de la medicina brahmánica se destacan distintas terapias: dietas, sangrías, fármacos vegetales(11).

d) *Grecia*: Cuyo desarrollo es bastante más reciente, merece algunas consideraciones menos superficiales que las referidas a las culturas anteriores. Por una parte, los “modelos holísticos” estuvieron muy arraigados en los mitos de esta civilización, formando parte del llamado “conocimiento natural”, el cual, a través de un largo proceso de transposición gnoseológica, fueron transformándose en mitología, teogonía, teología, metafísica y filosofía.

Por otra parte, a partir del desarrollo de la filosofía, fue racionalizándose, diferenciando e integrando el conocimiento, con el propósito de resolver determinados problemas de salud, que la percepción natural no podía abordar. Así, encontramos que Hipócrates(12) aborda la enfermedad desde un punto de vista estrictamente naturalista, aceptando apenas la intervención de fuerzas divinas en la producción de la enfermedad. (Erásistrato y Herófilo practicaron la disección humana y esclarecieron muchos conceptos anatómicos).

Cada civilización o cultura antigua cayó como consecuencia de la ineficiencia del sistema económico imperante. Esta ineficiencia se caracterizó por exceso en los costos de producción que no permitieron que el sistema genere los excedentes suficientes para mantener el nivel de complejidad que iba adquiriendo la sociedad. Los conflictos de clases se sucedieron, provocando el debilitamiento de los gobiernos. Los monarcas y la nobleza tuvieron dificultades para mantener los privilegios de los sacerdotes y sanadores, surgiendo conflictos que motivaron que éstos fueran recluyéndose en templos cada vez más ocultos, y escribieran sus conocimientos en símbolos, y leyendas mitológicas, inaccesibles para los reyes. Estos conocimientos se fueron perdiendo paulatinamente, y se reservaban tan solo a personas iniciadas en tales saberes. Estos hechos habrían sucedido principalmente en Egipto, aunque existen indicios que también se dieron entre los Caldeos, los Griegos e incluso entre los Hebreos.

La conquista de estos pueblos por parte de Roma, tuvo motivos esencialmente económicos y políticos. Se hizo con un marcado respeto por las tradiciones de los pueblos conquistados. Ejercieron una suerte de acción centrípeta cultural desde los territorios dominados hacia el centro del Imperio. Los conocimientos médicos y religiosos, no fueron tomados con demasiada seriedad, aunque gran parte de los

sanadores fueron llevados a Roma, donde el sistema de salud no fue otra cosa que un ordenamiento de los conocimientos adquiridos en Grecia, con alguna influencia de prácticas que realizaban otros pueblos dominados.

La concentración urbana en Roma y en casi todas las ciudades del Imperio, fue tornando cada vez más compleja la vida comunitaria, haciéndose cada vez más caros los servicios de provisión de agua, el mantenimiento de caminos, el soporte de los ejércitos y de la justicia, mientras que la riqueza que producía el esclavismo y los excedentes que generaba este sistema económico, no alcanzaban para que el gobierno pudiera obtener los tributos necesarios para atender estos servicios y mantener un organización social cada vez mas onerosa.

La pobreza urbana crecía vertiginosamente, a la vez que la espiritualidad y armonía con el medio ambiente se debilitaba, con lo cual se multiplicaban las enfermedades. Los servicios de atención médica no alcanzaban, y no tardaría la decadencia de la salud, ya que, ante la falta de Un adecuado sistema de retribución, y el empobrecimiento general de la población, los sanadores fueron especializándose en distintas ramas, a la vez que perdían eficacia general. Surgían sanadores improvisados e ineficaces. Así, el sistema esclavista se fue derrumbando, y la población que no gozaba de salud ni de seguridad, busco emigrar al campo.

La vida campesina volvió a surgir, y poco a poco el hombre fue reencontrándose con la naturaleza, buscando la armonía que restableciera el equilibrio. Los estamentos sociales más acaudalados, generalmente pertenecientes a los ejércitos, fueron conquistando el área rural, ofreciendo protección a la población que allí residía, exigiendo a cambio una renta basada en el excedente de la producción, o sea aquella parte de la riqueza que los campesinos no necesitaban para subsistir, dando nacimiento al Feudalismo.

El sistema "feudal", cuyas manifestaciones son remotas, se generalizó en la Europa Medieval marcando una de las características básicas de la época. Durante su vigencia, el trabajo era realizado bajo la forma de "servidumbre". La persona del "siervo" no era propiedad del "señor feudal" como el esclavo. Sin embargo, el siervo, quien era considerado perteneciente (o adherido casi como las plantas y los animales) a la tierra, debía brindar ciertos servicios al señor feudal, a cambio de su protección. El siervo ponía su fuerza de trabajo y herramientas para labrar la tierra o cuidar el ganado, asignando una parte de la jornada para producir la riqueza con la cual obtenía los medios para su subsistencia, y el resto del tiempo lo dedicaba a generar un excedente de producción con el objeto de entregarla al señor feudal.

El modelo de salud tradicional seguía vigente, y subordinado a la espiritualidad. El politeísmo generaba multiplicidad de sanadores prácticos. La herencia griega es conservada y transmitida por las traducciones de los árabes, que además completaron las observaciones de los griegos. Su influencia se extendió desde España y Salermo a los monasterios en un comienzo, y a las primeras universidades europeas después (Montpellier, Bolonia. Padua, Oaris).

Al consolidarse el cristianismo, y su concepción teológica monoteísta, debió también monopolizar la salud, subordinándola a la fe cristiana. De esta manera, la Iglesia fue no sólo el factor de consolidación del feudalismo en Europa, sino también

actuó hegemónicamente en el campo de la salud, siendo la única que podía brindar los servicios de salud física y espiritual.

Se abre aquí una etapa de oscurantismo en todos los saberes, dentro de los cuales, el conocimiento del hombre en su manifestación física e interior, y el de la naturaleza en la cual vive, fueron las áreas del saber más afectadas. La destrucción de bibliotecas y museos, provocó el gran retraso de la cultura de la humanidad. Muchas sectas, grupos religiosos, y sanadores pasaron a la clandestinidad, y fueron recuperando y reconstruyendo un parte muy pequeña del conocimiento destruido durante esta época. Lo esencial se guardaba cuidadosamente, pero parte se filtraba, y grupos menos cerrados y populares se apropiaron de algunos conocimientos, que por ser parciales y desfigurados, no fueron considerados como serios. Así, proliferaron individuos poseedores de las artes curativas, pero que estaban asociadas con prácticas adivinatorias que la población aceptaba, constituyendo una verdadera amenaza para la Iglesia, quien tenía todo el poder hegemónico sobre las ciencias, la religiosidad y la salud. La reacción del clero no tardó en hacerse sentir, y surgió una de las mayores represiones que nos muestra la historia, la "Santa Inquisición". Quienes lograron escapar de ella, posibilitaron que los principios filosóficos de la salud antigua fueran resguardados por grupos o sectas que lograban ocultarse y eludir la persecución. La medicina tradicional, en su aspecto más profundo pasó así a formar parte de las ciencias ocultas, en tanto que solamente quedaban en la superficie, los prácticos que bajo la autorización de la Iglesia podían tratar enfermedades.

Durante la etapa previa al capitalismo, o sea cuando el sistema feudal preponderante regía el mundo rural, y en las ciudades se concentraba población libre, apareció una nueva forma de trabajo, el "artesano". El artesano ponía su fuerza laboral, y sus herramientas para obtener productos que libremente vendía. Esta actividad fue característica en las ciudades de la Edad Media.

En la medida que el intercambio de productos artesanales fue creciendo, se fueron conformando las ferias donde se vendían los mismos. Cada vez más asiduamente fue generalizándose esta modalidad de trabajo, y las utilidades producidas en las ventas feriales sirvieron para la acumulación inicial de capital, etapa previa al surgimiento del capitalismo.

Las ferias dieron surgimiento a los primeros burgueses (ubicados en los Burgos o ciudades medievales), quienes acumularon el capital necesario para financiar la fabricación y compra de las herramientas, las cuales pasaban a ser de su propiedad. De esta manera, el trabajo artesanal se dividió en dos grupos: los que poseían las herramientas, y los que las utilizaban. Al generalizarse este proceso, la producción artesanal se transformó en industrial, y el artesano se dividió en dos clases sociales: 1) los dueños de las herramientas y del dinero con las cuales las compraban o producían, y 2) los trabajadores, que vendían la fuerza laboral a cambio de una paga denominada salario. Esta división permitió que los perceptores de excedentes de las ventas de productos artesanales acumulen mayor riqueza, y se constituyan en compradores del trabajo de los artesanos.

Este proceso económico tuvo su correlato en el campo de las ideas y de la política. En la medida que las estructuras sociales lograban abrir alguna grieta, la

burguesía ganaba terreno, y liberaba los conocimientos que habían estado ocultos, y creaba las condiciones para que el hombre pudiera desarrollarlos con mayor libertad. La medicina en el renacimiento se caracterizó por el conflicto entre la autoridad de los antiguos escolásticos y la observación directa en contacto con la realidad; se manifestó primeramente en la anatomía, que con Vesalio(13) se constituye en objeto de la observación sistémica, enfrentando a autoridad indiscutida de Galeno e Hipócrates.

Luego del auge del arte en el Renacimiento, y de la revolución que provocara Galileo en el campo de las ciencias exactas, surgieron las grandes innovaciones científicas en el campo de las ciencias naturales, y la conformación del empirismo y el positivismo. La nueva corriente iluminista se extendió sobre todos los campos del saber, y con ello, también hacia la medicina. Sin embargo, ésta efectivizó su impulso cuando los cambios sociales lo permitieron.

En la segunda mitad del siglo XVII y XVIII, los datos obtenidos se precisan, ordenan y completan. La aplicación del microscopio a la biología (Malpighi, Leeuwenhoek y Hooke) desempeña un papel fundamental. Se plantean nuevos problemas generales de la biología, (como los de la generación espontánea y el de la proformación y epigénesis). Persiste la afición a los sistemas especulativos, pero va configurándose una primera etapa positivista. Surgen dos concepciones de la fisiología: la mecanicista o yatro mecánica, formulada inicialmente por Descartes, y la vitalicia o yatroquímica(14).

La conformación del capitalismo, tuvo lugar entre los siglos XVII y XVIII, recibiendo el nombre de revolución industrial en Holanda e Inglaterra, y extendiéndose a otros países del continente de forma muy convulsionada. En efecto, para los economistas, la revolución industrial, no es otra cosa que el quiebre definitivo del sistema feudal y su manifestación política y cultural, dando lugar al surgimiento del capitalismo en esos países. En Francia y Europa central, la revolución industrial no pudo concretarse mediante un proceso evolutivo como lo había hecho en Inglaterra, y debió resquebrajar violentamente las estructuras sociales y políticas. La Revolución Francesa fue la manifestación política más significativa de este proceso.

Michael Fourcault, en el "Nacimiento de la Clínica" muestra el surgimiento de la medicina moderna durante los siglos XVIII y XIX, como parte del proceso de transformaciones sociales provocado por la Revolución Francesa. Resalta la diferencia entre la medicina que va surgiendo, y las anteriores concepciones de salud. En tal sentido expresa que "los médicos del siglo XVIII identificaban la enfermedad como experiencia "histórica", por oposición al "saber filosófico"...."(15). Expresa que con anterioridad, la sanación era atributo exclusivo de la religión. También expresa que existía una fuerte relación entre pobreza y enfermedad. Los hospitales eran instituciones controladas por la Iglesia, y financiadas por señores feudales o por la nobleza, cuya misión era contener a la población marginada y excluida del sistema, que por su estado de pobreza padecía a su vez de todo tipo de enfermedades. El hospital servía para proteger a los más acomodados, de los males que acarrearían los pobres y enfermos. De esta manera, el hospital constituía un verdadero presidio. Los médicos que actuaban eran prácticos cuyos conocimientos teóricos estaban vinculados más a la teología que a las ciencias naturales, y para ejercer debían

contar con la autorización de la Iglesia. En realidad su figura era muy próxima a las hasta hace poco conocidas "monjas", que también sabían desempeñarse en tareas de enfermería.

La revolución Francesa, al enfrentarse a la Iglesia en todas sus manifestaciones, también vino a transformar la salud. Los hospitales eran considerados antieconómicos y factor de opresión para sus internados, por lo que fueron disueltos. Sin embargo, existía una corriente de actores sociales que consideraban que los hospitales no podían desaparecer totalmente. En primer lugar, las epidemias, (consideradas como tales a las enfermedades que atacan al mismo tiempo y con caracteres inmutables a un gran número de personas) solo podrían atenderse desde los hospitales. Por otra parte, las guerras exigían la atención de gran cantidad de personas, para lo cual el hospital seguía siendo una figura adecuada.

Existían dos concepciones contradictorias en la sociedad del siglo XVIII. Por una parte, aquella que concebía a la medicina como una actividad pública, desinteresada, y que debía estar controlada. La principal tarea del médico era política, y consistía en luchar contra los malos gobiernos para asegurar una adecuada salud. La segunda idea dominante surge del propio individualismo que se imponía en la época, donde al igual que todo hombre tenía el derecho y la libertad de comprar, vender, y crecer, también formaba parte de esos derechos el constituirse en un ser humano saludable, no enfermo y modelo. De esta manera, la salud y la asistencia médica podían comprarse como en un mercado, y el servicio podría venderse con igual libertad.

El liberalismo se entrometió en todos los sectores de la sociedad, también en los médicos. Las enfermedades eran ocultadas en los hospitales, y el enfermo debía volver a la familia, donde aquella podía expresarse con facilidad, y a la cual el médico podía atender individualmente. La última concepción fue imponiéndose, ya que existía una convergencia entre las nuevas ideas políticas liberales, y el desarrollo de la tecnología médica que permitía considerar a la salud como un mercado en expansión.

El liberalismo también afectó las formas de enseñanza médica, y de ejercicio de la profesión. Al comienzo del siglo XVIII, se había reglamentado y limitado la enseñanza de la medicina a los fines de controlar la proliferación de prácticos y charlatanes. Pero tal control estaba supervisado por la Iglesia. La revolución pretendía liberar ambas actividades de la tutela de la Iglesia, pero muchos sectores de la sociedad, presionaban para un mayor control, tanto en la educación médica como en la actividad profesional. Esta presión respondía a la necesidad real de eliminar los actores de la salud incompetentes. Sin embargo, esta postura resultaba contraria a los principios liberales de la Revolución. Por ello, en un primer momento, se liberó el ejercicio de la profesión, de manera que cualquiera que tuviera algún conocimiento de sanación podía ejercerla. Tal libertad duraría poco, y con el surgimiento del protectorado napoleónico, se restablecieron los controles a tales actividades.

Desde el comienzo de la humanidad, antes de todo sistema de salud, la medicina residía en una relación entre el sufrimiento con aquello que lo aliviaba. Esta relación era de instinto y de sensibilidad, más que de experiencia, menos aún de una mediación por parte del saber. Esta modalidad habría decaído cuando

apareció la escritura y el secreto, pasando el poder de la sanación a grupos privilegiados. El surgimiento de la *clínica*, marca un hito importante en el desarrollo de la medicina. Señala Fourcoul que era frecuente escuchar que en la Clínica se encontraba el origen de la medicina. Ésta viene a cambiar los sistemas de salud, y la medicina se enseñaba en presencia de su objeto, y se aprendía en presencia del enfermo. Su aplicación generalizada se la ubica a fines del siglo XVII. Farcoult menciona que en 1658, Fracois de La Boe abre una escuela clínica en el hospital de Leyden.

En el siglo XVIII, la clínica tiene algunas características que bien vale resaltar:

a) La clínica no tiene como propósito principal atender al enfermo, sino descubrir la enfermedad. b) "La clínica debe formar constitucionalmente un campo gnoseológico enteramente estructurado". c) No necesariamente debía asentarse en un hospital, si esto ocurriera, se trataba de un accidente. La clínica no conoce la verdad sino por su forma sintética, siendo la tarea principal descubrir la enfermedad y no examinarla. Este descubrir no se hace por la mirada, sino a través de demostrar mostrando.

En general, en el siglo XVIII, la clínica es mucho más compleja que un puro y simple conocimiento de casos, sino que forma una estructura que se articula en el campo de los hospitales sin tener la misma configuración que éstos. A fines del siglo, la clínica se reestructura completamente, desprendiéndose del contexto teórico del que había nacido, pasando a ser la fuente donde nace, se prueba y se realiza el saber, formando un cuerpo con el todo de la experiencia médica.

El problema más importante que enfrentó el liberalismo inaugurado a fines del XVIII, fue resolver la contradicción entre los *hospitales*, una institución heredada del antiguo régimen, y la *libertad*, que posibilitaba el desempeño de medicina improvisada en manos de empíricos, los cuales eran aún más temidos que los propios hospitales. Contra esta situación, nacieron los organismos de protección.

Consecuentemente se inició una reforma en la enseñanza de la medicina, dejando de ser una institución de saber a través de libros, para convertirse en una escuela en la que se unen la práctica cotidiana con los preceptos teóricos, los experimentos químicos, las disecciones anatómicas, las operaciones quirúrgicas, el desarrollo de aparatos etc. Paralelamente se abrieron las Escuelas de salud al público, con lo cual se esperaba atraer a los oficiales de salud formados de modo insuficiente y hacer desaparecer (por efecto de la libre competencia) a los empíricos y prácticos, y médicos improvisados. Sin embargo esto no ocurrió debido al escaso número de escuelas y a la ausencia de exámenes, lo que impidió que se formen médicos calificados.

No pasó mucho tiempo en que debió abordarse el problema de los oficiales de salud y de los exámenes, encarándose una verdadera reforma, que termina por consolidar el carácter cerrado de la profesión. Así, si bien se deja el viejo modelo corporativo y se evita el control sobre los actos médicos para ser consecuentes con el liberalismo económico que se imponía, la medicina va adquiriendo un cariz liberal, pero formada. Se admiten aptitudes diferenciadas en niveles: por un lado, estaban los "doctores", y por otra los "oficiales de salud". Los primeros tenían que atender "al pueblo industrioso y activo" quienes padecían en general "enfermedades externas", basadas en accidentes e indisposiciones simples, para cuyo tratamiento no se



requería un saber sabio y teórico. Mientras que los médicos podían atender situaciones más complejas, especialmente mediante el ejercicio liberal de la profesión. La formación educativa de los oficiales de salud se basaba en la práctica, en tanto que el médico completaba su educación con la enseñanza teórica recibida en su experiencia en la clínica.

Luego de la disolución de los hospitales, y su posterior reapertura, esta institución sanitaria encontró su espacio adecuado, al constituirse en nexo entre los principios del liberalismo y la necesidad de protección social. En un principio, en el hospital se atendían los pobres, y en la clínica aprendían los doctores. Al integrarse la clínica con el hospital, éste asumía un doble papel, la de proteger a la pobreza por parte de la riqueza, y de proteger a los ricos contra los pobres. Este mecanismo protector actuaba como un *contrato* de intereses entre pobres y ricos. Por una parte, los ricos debían financiar el funcionamiento de los hospitales, y los pobres recibían el alivio al dolor. Por otra, al integrarse el hospital con la clínica, podían descubrirse las enfermedades y mejorarse los métodos terapéuticos, con lo cual los médicos que atiendan a los ricos estarían más calificados para su curación. De esta manera, el hospital deja de ser visto como una actividad no rentable, sino que éste brinda la posibilidad del crecimiento de la medicina liberal.

Durante el Siglo XIX, se consolida en toda Europa la "Revolución Industrial", la cual se desarrolló en condiciones sanitarias muy deficientes, aunque supuso por otro lado, grandes posibilidades instrumentales, factores que explican en parte que este siglo fuera el de la clínica y el de la fisiología. El hospital de las grandes ciudades, alimentado con el abundante material humano procedente del campo, se convirtió en centro de enseñanza, donde se imparte la lección a la cabecera del enfermo, y se desarrollan al máximo los rudimentarios, pero valiosísimos, métodos de exploración clínica. En el desarrollo de la fisiología incide el de la biología general (noción de evolución, fundamentación definitiva de la teoría celular, y mayor conocimiento de la naturaleza). La investigación fisiológica se aplica especialmente al estudio del sistema nervioso y al desarrollo embrionario. La microbiología, (L. Pasteur) permite el nuevo papel de que va adquiriendo el laboratorio en la investigación médica durante la segunda mitad del siglo XIX. Las adquisiciones científicas, y las necesidades sociales determinan la consolidación de especialidades diversas: psiquiatría, dermatología, pediatría, oftalmología, etc.

A fines del siglo XIX, y principios del siglo XX, se consolida el sistema capitalista, asumiendo un rol hegemónico en todo occidente. Con él se consolida también el modelo "bio-médico de salud", cuyas características principales son las siguientes: a) Está vigente el paradigma positivista, donde el conocimiento es reduccionista, mecanicista, y el todo es la suma de las partes, estando el cuerpo humano formado por estructuras que cumplen una función. b) Rigen leyes universales de la naturaleza, de tipo racional y lógicas, que conforman un sistema de conocimientos verificables sobre el proceso de enfermedad y aplicables a todos los individuos, en todo tiempo y lugar. c) Solamente admite un marco científico para la comprensión de la salud y de la enfermedad, y los mecanismos de curación, donde lo sobrenatural o irracional es irrelevante para la misma. d) La enfermedad está ausente, ya que ésta sería una mera forma de anomalía con carga moral, definida

en términos orgánicos, morbilidad anatómica, transformaciones microscópicas, susceptible de ser investigada racionalmente, y donde no hay cabida para ninguna influencia subjetiva. e) El diagnóstico anatómico clínico, fundado en sistemas clasificatorios sobre la base de taxonomía de las enfermedades, se reduce a la lesión de los tejidos, haciéndose clara diferenciación entre lo normal y lo anormal. f) Las terapias son similares para patologías específicas, y el tratamiento se fundamenta en el control y supresión de síntomas, eliminando los efectos tóxicos secundarios, mediante la manipulación bioquímica, realizando una suerte "invasión" al cuerpo humano. g) La relación médico paciente asume características muy salientes, donde el primero muestra un papel distante, con falta de empatía y calidez que aliena al paciente de sí mismo, y no considera la realidad mental y espiritual del enfermo, separando a los individuos del proceso de producción de la salud y del tratamiento de la enfermedad. En cuanto al paciente, éste es un agente pasivo, ya que se trata la enfermedad y no al enfermo.

Este modelo, interactúa dinámicamente con las relaciones de producción capitalistas. La industria farmacológica, y de la ingeniería médica, constituyen una de las actividades de mayor rentabilidad. Este interés, coadyuva a la formación de una medicina asistencial prestada libremente, aunque bajo el control de corporaciones profesionales. La base de la ecuación económica del sector salud se compone de dos elementos fundamentales: uno está dada por la venta de servicios que contribuyen al diagnóstico, de medicamentos, y de servicios terapéuticos; el otro está constituido por el financiamiento de la asistencia médica, mediante el desarrollo de empresas de seguro social.

Con el surgimiento del socialismo o comunismo de estado, el sistema de producción o generación de riqueza cambió en algunos aspectos, pero no en todos. En efecto, el carácter de sociedad industrial estuvo vigente en el socialismo. Solamente cambió la organización social, donde el capitalista fue reemplazado por el estado, en tanto que el proletariado continuó trabajando como tal, por un salario determinado socialmente por el estado propietario del capital.

En los países socialistas, no tuvo predominio la asistencia médica como sistema de ejercicio liberal de la profesión, y las actividades estuvieron organizadas de una manera diferente. El desarrollo de la industria farmacológica y la investigación médica estuvo a cargo del estado y financiado presupuestariamente, en tanto que la asistencia médica solamente se realizaba en los hospitales públicos. A los efectos de una mayor reducción de costos en los servicios sanitarios, el Estado priorizó el desarrollo de la medicina preventiva, y la rehabilitación, ya que de esta manera, se consolidaba una población con mayor aptitud laboral y con menor riesgo de contraer enfermedades que posteriormente requieran onerosos tratamientos asistenciales.

## **EL CAPITALISMO DE POST-GUERRA**

Luego de la gran depresión de 1930, comienza en Europa y EE.UU., la ruptura del liberalismo que había tenido vigencia durante más de cien años. La economía de libre mercado había demostrado su incapacidad para resolver las crisis de depresión, y aparecía la práctica política de que los gobiernos intervengan en las

decisiones económicas en forma directa. En el campo del pensamiento económico, a partir de 1936 se imponen las ideas de J. M. Keynes, que marcaba la necesidad de reactivar la economía mediante la expansión del gasto público.

Con posterioridad a la finalización de la segunda guerra, se creó la ONU, el BIRF (Banco Mundial) y el FMI, instituciones decisivas para la consolidación de la economía de postguerra. La primera de estas organizaciones, tenía una función política, el BIRF tenía que financiar la reconstrucción de los países desbastados, y el FMI debía regular los pagos internacionales, evitando la “cesación de pagos” de sus países miembros, considerando a ésta como una de las posibles causas que originaron los conflictos bélicos.

Dentro de la ONU, se crea la CEPAL, dirigida por Raúl Prebich, cuyas ideas económicas son marcadamente diferentes de las que habían dominado en Europa y EE.UU. Prebich formuló una teoría del desarrollo de tipo histórica, que fue conocida por marcar cierta relación “centro-periferia” entre los países, señalando que el desarrollo tuvo inicio en Inglaterra, y luego se expandió hacia el mundo no desarrollado, pero dicha expansión fue siempre dependiente de aquél país. Esta relación centro-periferia, dio lugar a una teoría posterior, llamada Teoría de la Dependencia, la cual proponía para los países atrasados, la búsqueda de “independencia económica”, como requisito previo para poder alcanzar su crecimiento. Como corolario de ella, los países debían buscar la sustitución de importaciones como mecanismos para el estímulo de la industrialización y el desarrollo en estos países.

La teoría de Prebich, o también conocida de la CEPAL, y su consecuente, la teoría de la dependencia, dieron lugar al análisis económico denominado *histórico-estructural*, sustentado en la modalidad de estudiar la economía de los países, relacionando las estructuras productivas y sociales, con el proceso histórico de esa sociedad. Una de las derivaciones de esta línea de investigación, condujo a formular la teoría del *desarrollo dual*. La misma destaca que en algunos países o regiones subdesarrolladas, conviven dos tipos de actividades económicas bien diferenciadas; unas, muy modernas, propias de países avanzados (a éstas, cuando son cerradas y desintegradas del resto de la economía, se las denomina enclaves); y las otras, son actividades con características propias de una sociedad tradicional.

Así, la industrialización solamente se dio en las principales ciudades de América Latina, quedando una importante área periférica sin que el capitalismo haya penetrado, y sin que se haya hecho sentir con todo su peso la transculturalización que genera el sistema.

El modelo “bio-médico” tuvo un papel hegemónico en las áreas urbanas, mientras que las áreas rurales, y en las poblaciones urbanas de reciente formación (asentamientos de población rural en las ciudades), continuó vigente el modelo tradicional de salud, de carácter indígena. Los curanderos y chamanes, constituyen una figura muy relevante para la población rural, (o de la periferia urbana y de base rural) que conserva cuidadosamente sus creencias. Luego de la primera etapa de sustitución de Importaciones, los países latinoamericanos comprendieron que la política económica conducía a que la economía se cierre, se reduzca el intercambio comercial, y falte competitividad en la producción, produciéndose un marcado retraso

industrial, y la consolidación de corporaciones y estructuras oligárquicas de producción, provocando el freno al desarrollo.

Conjuntamente con este cuadro, se desarrolló en los años sesenta la guerra fría, período caracterizado por un conjunto de tensiones entre EE.UU. y la URSS, cuya manifestación en América Latina estuvo expresada por los conflictos entre EE.UU. y Cuba, y la proliferación de las ideas socialistas. Como parte de la estrategia de EE.UU. frente a la posibilidad de que las reformas estructurales en Latinoamérica sean resueltas por el socialismo, creó en la década del 60 el programa llamado "Alianza para el Progreso"(16) cuya expresión sintética consiste en provocar los cambios estructurales necesarios para que el capitalismo pueda desarrollarse con libertad.

El "Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Medicas Tradicionales en América Latina y el Caribe", indica que en las décadas de los 40 y 50 se formalizaron los ensayos de colaboración entre antropólogos y administradores de programas o proyectos de salud y desarrollo social. El enfoque de estos intentos fue esencialmente "culturalista", poniéndose en evidencia creencias y practicas culturales existentes en sociedades aún no transformadas por el capitalismo. Alrededor de esta concepción se organizó el "modelo de barreras socio-culturales", y que adjudica a las sociedades tradicionales la culpabilidad de los fracasos en no percibir las ventajas de los programas ofrecidos. Estos programas, si bien pusieron de manifiesto la presencia de sociedades duales y culturalmente diferenciadas, no logró estrategias y programas realmente significativos(17).

En la década del 50 surgió un nuevo modelo, el cual se proyectó sobre la década de los 60, coincidente con la "Alianza para el Progreso", denominado de la "salud pública", y que se caracteriza por la intervención directa del estado, conformando equipos multidisciplinarios de médicos, enfermeros y epidemiólogos de un lado, acompañados de sociólogos y antropólogos por otro. Estos programas trataron de reconocer hábitos y costumbres de poblaciones rurales, con el propósito de reducir la resistencia o el rechazo a los programas de salud y desarrollo.

Estos proyectos tuvieron bastante éxito en la reducción de la mortalidad infantil, en el mejoramiento nutricional, y de la salud de las poblaciones de áreas marginales. Metodológicamente estos programas trabajaron recopilando datos y realizando encuestas familiares. También en esta época aparecieron estudios vinculados a la medicina tradicional, los cuales estuvieron dos enfoque bien diferenciados: a) de tipo botánico farmacológico, de carácter extractivo y positivista; y b) el enfoque "folk" de carácter descriptivo sobre las creencias y prácticas médicas tradicionales, éstos consideran a la medicina tradicional como un vestigio en vías de desaparición, frente al carácter hegemónico que adopta la medicina moderna en su proceso expansivo.

A mediados de 1960, surgió el auge de la "medicina social y preventiva", que se sustenta en la necesidad de superar el enfoque individualista de la medicina, por un "enfoque colectivo y social". Este modelo hace hincapié en la aplicación del concepto de "niveles de prevención" en los programas de salud. Dado que este modelo fue primeramente adoptado por los países socialistas, especialmente por

Cuba, fue motivo de grandes polémicas ideológicas durante la década del 70, cuando el capitalismo estaba fuertemente sostenido en lo político por regímenes militares.

Como alternativa compatible con el capitalismo, surgió en la década de los 70 modelos explicativos sobre la utilización de los servicios de salud, entre los que se destaca el de "creencias de la salud", que pone énfasis sobre los valores, actitudes y normas culturales para explicar la utilización de los servicios de salud, y dentro del cual, el comportamiento de las personas es atribuido en parte, a sus creencias sobre el grado de susceptibilidad en la severidad de los síntomas de la enfermedad, y por otro, a la percepción de los beneficios reales o ventajas de recibir un servicio médico profesional.

La consecuencia directa de este modelo, se desarrolla una gran publicidad educativa, tendiente al rechazo de prácticas tradicionales, a la expansión de la cultura de atención médica en consultorios y al uso de servicios complementarios. El principal problema de este sistema es su financiamiento, ya que gran parte de la población no podía acceder a él. Como solución a este problema, surgieron las obras sociales, que, organizadas como empresas de seguro, permiten que la población de medianos recursos pueda obtener atención médica individual sin tener que concurrir al hospital.

También en la década de los 70 comienza una nueva corriente, basada en la aplicación que hacen los científicos sociales al campo de la salud, de los conceptos de ecología. Este enfoque relaciona la naturaleza adaptativa de la población frente al medio ambiente o ecosistema, el cual está compuesto por factores físicos, biológicos y sociales, que influyen en la ocurrencia y distribución de las enfermedades. Desde este enfoque, la salud y la enfermedad son vistas como indicadores del éxito o fracaso de una población para adaptarse al medio ambiente. Las alteraciones ecológicas provocadas por la expansión de la frontera agrícola, la ejecución de proyectos de infraestructura, la explotación de los recursos naturales y la contaminación ambiental, están asociados a la aparición y mantenimiento de la endemidad de enfermedades infecciosas y parasitarias.

El modelo ecológico de la salud y enfermedad pudo expandirse incorporando conceptos originados en la medicina tradicional, especialmente de origen oriental, asimilando sus paradigmas y principios filosóficos, alcanzando bastante éxito en la interpretación de enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas (cardiovasculares, respiratorias y cáncer). Este modelo se ha constituido en una alternativa al "bio-médico", de tipo "holístico moderno", que se diferencia del "holismo tradicional" por tener una base médica occidental, integrada con la filosofía y terapias características de la medicina tradicional ya sea oriental o americana.

## **LA GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA**

### **1) Orígenes:**

En tiempos muy recientes, los sociólogos, y algunos economistas, han identificado una nueva etapa del desarrollo histórico capitalista. Ésta es la post-

industrial, caracterizada por el cambio en los paradigmas productivos, el predominio del sector financiero, de pocos grupos empresarios transnacionales, la globalización y macro-regionalización económica, conformando un modo de producción socialmente algo diferente al conocido en etapas anteriores.

Esta nueva fase del desarrollo capitalista comienza en la década del 80 y su génesis hay que buscarla una década antes, cuando la crisis petrolera condujo al fenómeno de la “estanflación” (inflación con estancamiento), y a la producción de “súper- excedentes” financieros en los grupos petroleros. Estos excedentes fueron destinados a financiar los déficit públicos, tanto de los países desarrollados que necesitaban fondos para la guerra armamentística y la carrera espacial, como a los países subdesarrollados que fundaban su lucha contra la subversión en la expansión del gasto público, incurriendo en déficit fiscales sistemáticos. La colocación de los excedentes financieros restringió la oferta de capitales, en tanto que los hábitos de endeudamientos hicieron crecer su demanda. La tasa de interés subió, y con ello la deuda externa de los países creció vertiginosamente. Los gobiernos tuvieron serias dificultades de pagos, debiendo el FMI actuar como regulador del sistema financiero, otorgando prestamos de coyuntura, pero condicionados a la adopción de políticas de equilibrio fiscal y de crecimiento de las exportaciones.

La teoría económica keynesiana había conducido a la inflación, y a un sistema de producción ineficiente. Tras un breve paso por el monetarismo, terminó imponiéndose la teoría económica neoclásica. Ésta considera que tan solo el libre juego de la oferta y de la demanda en todos los mercados (tanto de bienes como de factores de la producción) puede conducir a la eficiencia perfecta, logrando de esta forma aumentar el nivel de producción de todos los países. Para que este mecanismo funcione, deben desregularse todos los mercados y flexibilizarse el mercado de trabajo. La producción en serie, propio de los “modelos fordistas” y “tayloristas” suponía que el consumidor era un agente pasivo que adquiriría toda la producción. Para transformar a las empresas en eficientes y competitivas, tienen que abandonar aquellos modelos productivos norteamericanos, y asumir otro, de origen japonés, que consiste en producir por lotes, exclusivamente a pedido del consumidor, (quien se torna soberano en las decisiones) y bajo modalidades de organización descentralizadas y flexibles. No sería posible el libre funcionamiento de los mercados sin la ausencia de todo tipo de barreras a la comercialización, por lo cual se imponía la desaparición de las fronteras y de los espacios aduaneros nacionales. La división internacional del trabajo conforme lo explicara David Ricardo, dejaría de sustentarse en las “ventajas comparativas” en las cuales tenía influencia decisiva la dotación de recursos naturales de los países, para ahora regirse por las “ventajas competitivas” entendiéndose a éstas por la capacidad que tienen los países de producir y vender a un costo tan bajo como para desplazar a sus competidores. Los países se protegen de este esquema competitivo conformando grandes bloques económicos, como los “ocho tigres asiáticos”, la Comunidad Europea, el Nafta y el MERCOSUR.

Este nuevo paradigma, lejos está de constituir una panacea, y la realidad económica dista muchísimo de lo propiciado por él. Así, por una parte, la desnacionalización no es tal, sino una mera trans-nacionalización de grupos empresarios de las actividades más prominentes, mientras que aquellos países

con poder de decisión económica, mantienen sus políticas de subsidios y protección a sectores básicos como la agricultura y la industria pesada.

Por otra parte, la eficiencia conduce a una mayor escala(18) de producción, concentrándose el poder económico en grandes grupos financieros. El capitalismo requiere además para su subsistencia, la posibilidad de expandir su espacio geográfico, a la vez que sus agentes no deben soportar incertidumbres que incrementen el riesgo de las inversiones. En tal sentido, resultaba incompatible la convivencia del capitalismo con el sistema socialista, y la única manera de lograr su desaparición fue a través de la desarticulación económica, mediatizada por factores políticos y militares.

Políticamente, mientras coexistían los sistemas capitalistas y socialistas, se hacía una doble clasificación de los países. Por una parte estaban los desarrollados, subdesarrollados, y socialistas, y por otra los del primer, segundo y tercer mundo. No debe creerse que países desarrollados y países del primer mundo sean sinónimos, al igual que los países del tercer mundo con los subdesarrollados. Mientras la categoría de países desarrollados y subdesarrollados se fundamenta en el nivel económico y social, la denominación de países del primero, segundo y tercer mundo, es de naturaleza geopolítica, y tiene su origen en la posguerra, y más aún durante la guerra fría, donde los países adheridos al tratado de la OTAN (capitalistas), conformaron el primer mundo; los adheridos al Pacto de Varsovia (socialistas), integraron el llamado segundo mundo; y el resto, formaron parte de lo que se conoció como tercer mundo. La adhesión política de un país a alguno de esos tratados, no implica identificación con la categoría económica de los países que los lideran. De esta manera, un país subdesarrollado, bien puede pertenecer políticamente al primer mundo.

La guerra fría terminó cuando quedó comprobada la superioridad militar de la OTAN respecto de los miembros del Pacto de Varsovia. Superioridad que quedó puesta de manifiesto cuando el socialismo perdió eficacia, y no pudo generar los excedentes necesarios para atender las necesidades de la población, y menos aún financiar un sistema militar equivalente al de los países capitalistas. De esta manera, el socialismo perdió la carrera espacial y armamentística, derrumbándose, y con él todo su sistema político, quedando abierto el camino para la expansión del capitalismo post-industrial hacia las antiguas áreas socialistas.

Paralelamente, en América Latina, el capitalismo vino a exigir cambios estructurales fundamentales, debiendo disminuir los déficit fiscales para asegurar el pago de la deuda externa, lo que terminarían modificando el rol del Estado en la economía, consolidándose el "principio de subsidiariedad"(19). Todos los países debieron renegociar su deuda externa con los acreedores, cancelando intereses con la venta de su patrimonio, especialmente vendiendo sus empresas producción y de servicios públicos.

En el campo de la salud, esta nueva etapa del capitalismo ejerce una influencia muy marcada. En los primeros momentos, durante el inicio de la década del 80, la cuestión social vinculada a la salud se analizaba en los ejes de integración - desintegración, a partir de un enfoque estructuralista. La cultura se alejó del funcionalismo y se percibió al social como un sistema y no como variables aisladas

de creencias y costumbres. El enfoque socio-cultural se interesa por explicar los mecanismos de producción de las enfermedades epidemiológicas, tratando de conocer lo que la gente dice y hace con relación a la prevención de enfermedades y al mantenimiento y recuperación de la salud. A fines de la década del 80, se consolida la visión de la salud pública bajo el enfoque de la “economía de la salud”, cuyo tratamiento merece un apartado especial:

## **2) La “economía de la salud”**

La Economía de la Salud, es una disciplina tendiente a aplicar la Economía al estudio de los problemas sanitarios, y ofrecer las bases para la formulación de las políticas públicas pertinentes. Existen dos enfoques muy diferenciados: a) El enfoque sistémico, de tipo estructural y macroeconómico, y b) el enfoque neoclásico, de tipo microeconómico y analítico.

I) El *ENFOQUE SISTEMICO*, concibe a la salud como un sector dentro del conjunto de sectores de la sociedad, dentro del cual se identifican la oferta, la demanda y el equilibrio entre ambas. En la *oferta de salud*, se identifican las fuentes de financiamiento de los sistemas, como así también las instituciones que realizan el gasto en salud, y los rubros que conforman el mismo. En la *demanda de salud*, se analiza la población cubierta por asistencia médica, identificando el porcentaje (%) de la población con cobertura sanitaria. El *equilibrio*, es una de las condiciones básicas para el funcionamiento de los modelos económicos, los cuales se identifican mediante la identidad entre *oferta y demanda*. La forma de representar este equilibrio es mediante un cuadro de fuentes y usos de fondos, en el cual se identifican los orígenes del financiamiento, y los sectores y rubros de aplicación de los mismos. Luego de identificado el modelo representativo del sector sanitario, se formulan las *políticas económicas de salud*, que son de diferentes tipos a saber:

- a) *Políticas Presupuestarias*, que definen el monto que asignará anualmente el Estado a la Salud, identificando el porcentaje sobre el PBI, la distribución del gasto, los subsidios directos a las familias, destacándose indicadores de eficiencia.
- b) *Políticas tributarias y financieras*: que definen los impuestos afectados que serán aplicados al sector sanitario, subsidios indirectos a empresas proveedoras de bienes e insumos al sector, y el uso del crédito público para el financiar al mismo.
- c) *Políticas de inversiones*, mediante las cuales se realiza el plan de equipamiento, construcciones edilicias y el desarrollo de programas de investigación científica, capacitación y educación en el campo de la salud.

II) El *ENFOQUE NEOCLÁSICO*, parte de analizar a la salud como un bien con capacidad de satisfacer un tipo particular de necesidades humanas, la de poseer los bienes psico-físicos deseados. En este sentido cabe distinguir, conforme a la naturaleza económica de los mismos, dos tipos de bienes: 1) Los denominados bienes públicos y 2) los bienes privados.



1) Los *bienes públicos* son aquellos que poseen algunas características especiales tales como su indivisibilidad, por lo cual no es posible determinar unidades de consumo, ni su utilidad parcial. Tampoco son competitivos, de manera que si alguien los utiliza, no le quita la posibilidad de ser consumido por otras personas, y no existe rivalidad con otros bienes. La *salud pública* puede ser considerada como un bien público, ya que nadie puede expresar cuánto de salud pública consume, ni decidir que no la consumirá (por lo que se diferencia significativamente de la *asistencia médica*). La asistencia pública para combatir enfermedades epidemiológicas y sociales, y la infraestructura sanitaria, la medicina preventiva, e incluso la protección del medio ambiente, constituyen claros ejemplos de bienes públicos. Al no existir una demanda individual de estos bienes, no participan del mercado, y no es posible determinar el precio de los mismos. Existe un Costo de provisión, el cual es general y global, pero no divisible por unidades. Otra característica de los bienes públicos, es su efecto sobre los otros sectores de la economía, generando las "llamadas economías externas", ya que indirectamente contribuyen a reducir los costos del sector privado o a aumentar sus ingresos.

2) Los *bienes privados*, son diferenciables, divisibles y cada individuo puede consumir distintas unidades del mismo. Cada unidad del consumo de estos bienes proporciona un grado diferente de utilidad al consumidor, por lo cual éste puede expresar una función de demanda. Los bienes privados, son competitivos con otros bienes, y el consumo de uno implica privarle a otro agente la posibilidad de consumirlo. Participan del mercado, existiendo interacción entre la oferta y la demanda, pudiéndose determinar el precio de los mismos. Son ejemplos de bienes privados en el campo sanitario, los medicamentos, los servicios médicos y la asistencia sanitaria.

Las *políticas públicas de salud* bajo el enfoque neoclásico, se sustentan en distinguir aquellas dirigidas a la provisión de bienes públicos, de las que pretenden proporcionar bienes privados, siempre vinculados a la salud.

Respecto a los *bienes públicos*, se identifican sus necesidades mediante el relevamiento de: a) la demanda a ser servida, determinado la población que sería atendida; b) los beneficios directos que provocarían las políticas y sus programas; y c) los beneficiarios directos e indirectos de los mismos. Se estudiará también la oferta, identificando las características técnicas de la provisión de los servicios, el presupuesto de inversión y de mantenimiento, y las fuentes de financiamiento y recupero de la inversión (que puede ser un presupuesto oficial, subsidios directos, o los usos del crédito). Finalmente, se realiza el análisis de eficiencia económica del servicio de salud, mediante la evaluación de sus "efectos de tipo cualitativos y cuantitativos", los resultados esperados de tales efectos (mejoras), el cálculo de los costos, y el Análisis de rentabilidad mediante los criterios de "Costo-Efecto". Se acompaña también un cálculo de las externalidades que provocan los servicios y las políticas que aseguren su provisión.

Luego de finalizado este proceso, se selecciona las alternativas de inversión y de asignación presupuestaria, definiendo las políticas públicas conforme a este

marco de referencia, analizando el impacto económico mediante la apreciación de: la variación del resultado presupuestario global del estado, la variación de la Deuda Pública, el impacto sobre el PBI (efecto multiplicador), el impacto sobre el bienestar (merma de indicadores de pobreza) y la valoración monetaria del impacto ambiental

Las políticas públicas vinculadas a la provisión de *bienes privados* en el sector sanitario, parten de un concepto adicional, el cual considera que éstos no son bienes privados “puros”, sino de *bienes preferentes*, e decir aquellos bienes privados de interés social. Éstos se ofrecen a la comunidad mediante la modalidad de un Servicio Público, y por lo tanto están sujetos a regulación por parte del Estado.

Toda actividad reguladora de un servicio público, considera las características del mercado, su oferta (la que se deriva del proceso de producción del servicio), identificándose la relación técnica entre la asistencia de salud y los insumos, determinándose indicadores de productividad o rendimiento técnico, a partir de los cuales pueden analizarse los costos, en su expresión total, unitaria y marginal. Forman parte del estudio de oferta, el análisis de los sistemas administrativos, su diseño y costos, como así también del sistema financiero, especialmente en lo concerniente a los aportes de los beneficiarios, y la distribución del gasto entre prestadores.

El estudio de la demanda se preocupa por la caracterización cuanti-cualitativa de los beneficiarios, conforme a su capacidad económica, tipos de patologías, sexo, grupos de edades, tamaño de los grupos familiares, en su dimensión histórica y proyecciones hacia el futuro inmediato. Este enfoque es complementado con el uso de tablas actuariales que determinan la probabilidad de ocurrencia de los siniestros.

Por último, se estudian la factibilidad económica, la situación tarifaria, y los indicadores de rentabilidad tales como el Valor Actual Neto (VAN), y la Tasa Interna de Retorno.

La Regulación del Mercado constituye el núcleo central de las políticas públicas aplicadas a esta clase bienes. En lo *económico* pretende controlar las imperfecciones del mercado, evitando las acciones distorsivas que provocan los monopolios, cuidando que los precios sean de competencia, y asignando subsidios a los beneficiarios que resulten excluidos por el mercado. En lo *técnico*, controlando la calidad del servicio, y en lo *jurídico*, actuando como juez administrativo, preocupado por el cumplimiento de los contratos de concesión de los servicios cuando correspondiere, y la solución de los diferendos entre consumidores, beneficiarios y prestadores. Todas estas políticas públicas, tienen como meta la provisión de los servicios, en un todo compatible con el crecimiento de las empresas privadas intervinientes en los mismos.

Cabe consignar que los servicios de salud concebidos como bienes públicos utilizan bienes y servicios privados, tales como los medicamentos o el gerenciamiento hospitalario, en cuyo caso, a esa componente privada, le caben los principios de las políticas públicas mencionadas recientemente.

Merece un párrafo adicional la aplicación de la *Teoría del Capital Humano* al campo de la salud pública. Según esta teoría, el hombre es un factor de la producción, el cual al incorporarse al proceso productivo, genera la riqueza o el PBI. La educación y la salud del hombre contribuyen a mejorar la productividad del trabajo, y en consecuencia, aumenta su capacidad para la producción. De esta manera, la educación y la salud constituyen un capital, y el gasto en salud será una inversión, de la cual es de esperar algún retorno. De esta manera, todo gasto en salud se traducirá en efectos positivos para las condiciones productivas del hombre y se traducirá en mayor producción durante un determinado horizonte de planeamiento, siempre y cuando el mismo esté eficientemente asignado, siguiendo los criterios de eficiencia de cualquier tipo de inversión. Actualizando el valor de la producción esperado como consecuencia de la mejora que provoca el servicio de salud bajo análisis, y comparándolo con el gasto que el mismo implica, se obtiene la rentabilidad de la inversión en salud.

De esta manera, todo programa de crecimiento económico, requiere determinado nivel de gasto en salud a los efectos de garantizar una tasa adecuada de incremento del PBI. Ese gasto debe estar eficientemente asignado para garantizar esa tasa de crecimiento. ¿De qué forma se asigna eficientemente el gasto en salud?, de manera que la tasa de rentabilidad de la inversión en salud sea la máxima posible, y no existan rubros con rentabilidad negativa. De esta manera, las políticas públicas de salud están dirigidas a un mayor crecimiento del sistema económico.

### **3) Críticas**

La confrontación entre teoría y realidad, nos lleva a considerar en primer lugar que numerosos de los supuestos sobre las cuales se construyó la teoría neoclásica son casi inexistentes. Este inconveniente tuvo su intento de superación cuando a partir de Kaldor se propició el principio del "segundo mejor", que expresa que si los supuestos no se verifican en la realidad, las acciones coherentes con aquellos conducirían a un óptimo menor que el teórico, pero que siempre será preferible a una situación derivada de conductas contrarias a los supuestos. Sin embargo, este postulado tuvo resultados parciales, que ponen en tela de juicio muchos de los principios de la teoría.

Por otra parte la teoría neoclásica, al ser ahistórica, carece del suficiente contenido social para interpretar las actitudes de los actores económicos. Éstos, no se comportan conforme a una racionalidad económica pura, sino que, al ser también actores sociales, la defensa de su interés genera conjuntos de acciones que se contraponen con las de otros, y cuyos propósitos se orientan a eludir el principio rector de la economía neoclásica, el mercado. De esta manera, la concentración monopólica, las presiones políticas, y la exclusión social, son fenómenos que caracterizan un modo de actuar de los agentes económicos, mediante las cuales el mercado deja de tener la "soberanía" que propicia la economía neoclásica.

Tanto la teoría económica neoclásica como su aplicación al campo de la salud, por su carácter teórico son meras abstracciones, y no sólo son de hipotética

aplicación al campo de la realidad, sino que, en su nombre, se formulan políticas cuyos resultados son tan parciales que poco o casi nada tienen en común con los resultados que la propia teoría presupone que se alcanzarían.

Sustentándose en los principios de la “economía de la salud” y en la “teoría del capital humano”, los acreedores exigieron a los países endeudados que realicen importantes reformas en el sector salud, basadas en el gerenciamiento privado de los hospitales, denominado a esta figura de “autogestión”, descentralizando y privatizando la provisión de las componentes privadas de la prestación de los servicios públicos de salud, y realizando una gran concentración financiera de las obras sociales, transformándose en empresas de seguro, que minimizan sus costos reduciendo prestaciones reiteradas e innecesarias. De esta manera, se esperaría que los países puedan mejorar la productividad del trabajo, aumentando la tasa de crecimiento del PBI con lo que aumentarían los impuestos del gobierno; el estado transfiere al sector privado (acreedor externo) parte de sus actividades, con lo que disminuiría su deuda y reduciría el déficit fiscal, dejando como consecuencia de estas transformaciones un excedente con el cual pagar la deuda externa, cumpliendo de esta manera con sus compromisos con los acreedores.

Estos desfases, llevan a tres fenómenos muy marcados dentro de la globalización: a) La integración de los mercados comerciales, de inversión, de consumo y financieros, con la consecuente concentración de las actividades en pocas empresas cuyo giro económico supera al PBI de muchos países individualmente. b) Una regresiva distribución del ingreso. Basta con mencionar que, extrayendo de un informe del FMI de mayo de 1997, de 108 países, los más pobres representaban el 48,1 %, mientras que en 1997, ese número había crecido, para representar el 77,8%. Por otra parte, de los 15 países más ricos en 1995, en 1997 solamente quedan 4 en esa posición. c) La expulsión del sistema productivo de mano de obra asalariada, quedando gran parte de la población marginada del sistema económico.

Por otra parte, las políticas de ajuste destinadas a garantizar el pago de la deuda externa, no fueron suficientes, ya que, los países latinoamericanos, tan solo cancelaron intereses, mientras que el capital adeudado, que se ajusta con la tasa de interés internacional y la cual fue aumentando por decisión de la Reserva Federal de EEUU, haya subido, contrariamente a lo que la teoría económica hacía suponer.

En el campo de la salud, el Banco Mundial en su Informe Mundial para la Salud de 1991, expresa que es falsa la antinomia entre mercado y estado en la salud, ya que cada sector debe asumir la responsabilidad que le corresponde, indicando cifras muy representativas de la participación del sector privado y público en el gasto de salud. Así, en los 18 países industrializados de mayor ingreso por habitante, el 76,2% del gasto de salud es afrontado por el estado, a excepción de EE.UU. y Australia, donde esa proporción es algo menor. El Gasto en Salud como parte del Ingreso Nacional o del PBI en estos países es del 6,6% y 6,0 % respectivamente. América Latina, según el BID, gasta en salud el 6,2% bastante más que los países asiáticos de rápido crecimiento, donde el gasto es del 3,7% y que África donde tal guarismo es del 4,1%.

Según el BID, en América Latina en 1996, existían 22.000 hospitales, 100.000 puestos de salud, y 150.000 consultorios privados, empleándose alrededor de 3.000.000 de personas que incluyen 600.000 médicos, 100.000 dentistas y 300.000 enfermeras con adiestramiento formal. Se gastaron en 1991 u\$s101 mil millones distribuyéndose en un 37,6% en hospitales y clínicas del Estado, 34,7% en instituciones de seguridad social, 11,9% en servicios privados prepagas, y 15,8% en medicamentos.

Esta composición del gasto, indica a las claras el modo en que cada actor social se comporta en la sociedad, tratando de obtener una mejor tajada de la distribución de este gasto de salud. Así, encontramos a la corporación de profesionales, a los laboratorios, a las obras sociales, a las empresas prepagas, y al estado, confrontando permanentemente, que lejos de contribuir a un equilibrado sistema de organización de la salud, terminan generando cada vez mayores ineficiencias, y cuya única consecuencia es el debilitamiento de la salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud, expresa que para 1990, la población del planeta tierra ha acumulado 906,6 millones de años de vidas "perdidas", - o sea no vividos- adjudicables a deficiencias de prestación en los servicios de la salud, y registra 473 millones de personas con diferentes grados de discapacidad.

La situación laboral de la población en la economía globalizada merece cierta consideración, ya que el trabajo está sufriendo también una nueva transformación. Solamente en aquellas actividades económicas bien tipificadas como capitalistas, existen asalariados. Sin embargo, al producirse un marcado proceso de sustitución de trabajo por capital y tecnología, muchos trabajadores dejaron de ser asalariados, y solamente pueden vender su fuerza laboral bajo la forma de "micro emprendedores". Es decir, son pequeños empresarios, que combinan su esfuerzo psico-físico y sus conocimientos (al cual se considera un capital), con algún soporte tecnológico (herramientas e instrumentos informáticos), para vender un servicio completo (y no meramente una tarea). Se considera que en los próximos 20 años cerca del 40% de la población trabajará de esta manera, algunas veces pudiendo vender bien su servicio, y otras, solamente obteniendo una remuneración para subsistir, tal como lo hacían los siervos del sistema feudal.

Otra consideración importante está relacionada con el efecto que el crecimiento económico provoca sobre el medio ambiente. Ningún sistema económico puede considerarse eficiente si en un mediano plazo destruye al planeta, ya que de ocurrir ello, no habrían recursos naturales para explotar, ni condiciones ambientales básicas para la vida de las personas, con lo cual se destruiría la capacidad de trabajo y de consumo de la economía. Por ello, todos los Organismos Financieros multilaterales, estimulan la reconversión tecnológica, y condicionan el financiamiento de inversiones a que su impacto ambiental sea aceptable.

Este proceso de exclusión social y protección del medio ambiente, llevará paulatinamente a la conformación de un sistema económico dual, donde el capitalismo estará cada vez mas preocupado por atender los problemas bursátiles, y la seguridad de las inversiones financieras, cuidando sus pequeños reductos capitalistas de enclave. Existirá paralelamente una gran población excluida del

capitalismo, la cual deberá buscar un sistema económico alternativo, capaz de contenerlo, y satisfacer sus necesidades mínimas, aunque la tasa de crecimiento de este sistema sea casi nula.

Ante este cuadro social, la salud tendrá también una nueva transformación. En efecto, mientras la salud sigue siendo deficiente, la población recurrirá a otros sistemas. En la actualidad, en EE.UU. el 72% de los pacientes informaron a sus médicos que usaron la medicina alternativa, y gastan anualmente 13,7 mil millones de u\$s, existiendo 425 millones de visitas a proveedores de salud alternativa y 388 millones de visitas a médicos alternativos, rápidamente los actores económicos encontraron un mercado importante para explotar. Por otra parte, el 25 % de las escuelas de medicina enseñan medicina alternativa. Todo hace pensar que tendrá gran expansión la medicina alternativa, aunque sectorizando bien sus actividades.

Así, los enclaves capitalistas, a través de empresas transnacionales, encontrarán en estos nichos de mercados importantes ganancias, y provocarán el desarrollo de instalaciones de tratamientos complejas, la elaboración de medicamentos “naturistas” por parte de los laboratorios, y la producción industrial de alimentos “ecológicos”, todo ello orientado al sector de consumidores de mayores ingresos, desarrollando un **modelo de medicina alternativa sofisticado**.

La población excluida socialmente, el encontrarse marginada, no podrá acceder a los mejores niveles de atención de salud por parte de los métodos “bio-médicos”, ni tampoco de los métodos alternativos sofisticados, debiendo conformarse con recurrir a la medicina tradicional, más barata y accesible para tratar problemas menores, preventivos, y enfermedades consideradas incurables por la medicina occidental. La dualidad económica y social a la que se dirige la “post-globalización”(20) tendrá así también una dualidad en los sistemas de provisión de salud.

## CONCLUSIONES

Tal como pudo apreciarse en el presente ensayo, se ha elaborado una hipótesis que indica que las modalidades de prestación de los servicios de sanitarios, el conocimiento médico, y la organización social de la salud están íntimamente vinculadas con el modo de organización económica y social de la comunidad.

Así, durante la vigencia de sistemas económicos anteriores al capitalismo, existía el “modelo tradicional” de salud. Éste tuvo distintas manifestaciones conforme se modificaban los sistemas económicos y estilos propios de cada cultura en la antigüedad. La formación del capitalismo coincide con el desarrollo del modelo occidental o “bio-médico” de salud.

La manifestación del capitalismo en América Latina se caracteriza por la presencia de economías duales, compuestas por áreas más desarrolladas y otras rezagadas. Esta expresión del sistema económico tiene su equivalente en el campo de la salud, donde en las áreas deprimidas se conserva la medicina tradicional, y es llevada por la población migrante desde las zonas rurales a la periferia urbana.

La globalización de la economía vino a imponer la filosofía de la “economía de la salud” con el cual se prioriza el problema de la asignación eficiente de los recursos

al sector sanitario, unido a la idea que la salud es una inversión capaz de contribuir al mejoramiento de la productividad del trabajo, al mayor crecimiento de la economía, y al pago de la deuda externa.

Por último, la “post-globalización” generará fuerte exclusión social, y también provocará la segmentación del mercado de la salud, produciéndose un fuerte desarrollo de la “medicina holística moderna” en dos segmentos: uno vinculado a los sectores de altos ingresos basados en la medicina alternativa oriental agregada a principios occidentales, dentro de un marco ecológico, y con apoyo financiero internacional; el otro, compuesto por los sectores sociales más deprimidos, quienes harán incursiones en la medicina alternativa nutrida de muchos componentes de la salud tradicional, con casi nulo soporte financiero.

## NOTAS

- 1) Gregorio Klimovsky “Las desventuras del Conocimiento Científico”. 4° Edición. a-Z Editora. Bs. As. 1999. pg. 131.
- 2) Editorial Espasa Calpes 1985
- 3) Se sigue a Vicente O.Cutolo “Manual de Historia Económica y Social”. Editorial ELCHE.Bs.As. 1976.
- 4) Gregorio Klimovsky y Cecilia Hidalgo, “La Inexplicable Sociedad, cuestiones de epistemología de las ciencias sociales” A-Z Editora.Bs.As. 1998.
- 5) Celso Furtado. “Pequena Introdução ao desenvolvimento: enfoque interdisciplinar”. Companhia Editora Nacional. São Paulo. 1980
- 6) Michel Fourcault en “El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica” Edit. Siglo XXI.1997.
- 7) “Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe” Organización Panamericana de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud Washington, 1983.
- 8) Douglas Saharon, “El Chaman de los Cuatro Vientos”. Edit. Siglo XXI, pag 55 a 198.
- 9) María Cristina Bianchetti, “Cosmovisión Sobrenatural de la Locura”. VMH Editores, Salta. Capítulos I, II, IV y V.
- 10) Resulta pertinente resaltar los siguientes conceptos: **Infraestructura:** Base física que posibilita la producción y circulación de la riqueza. Ejemplo: caminos, puertos, comunicaciones etc. **Superestructura:** «Reglas de juego» a las que se someten los actores sociales. Las normas jurídicas, las costumbres, la idiosincrasia, la religión, etc. **Estructura:** Las relaciones funcionales entre las clases sociales, para generar y distribuir la riqueza. Las clases sociales, son agrupaciones de personas, que tienen en común la propiedad de algún medio de producción. Por ejemplo, amos, esclavos; señores feudales y siervos; capitalistas y asalariados; burocracia de estado y proletarios, etc. **Producto:** La riqueza generada por el sistema. **Costo:** El esfuerzo retribuido a los propietarios de los factores de la producción. **Excedente:** Es la diferencia entre el producto y el costo. **Acumulación:** Es el excedente positivo acumulado a través del tiempo.
- 11) Algunos no se han empezado a emplear en Occidente hasta épocas muy

recientes. Sorprende que ya se practicara la cirugía plástica y la curativa, en tanto que en China existen testimonios escritos desde aproximadamente el año -3000, los que muestran un gran desarrollo de elementos empíricos (Ej. acupuntura) pero insertos en un complejo sistema de fórmulas especulativas, su farmacopea enriqueció a Europa.

12) Al médico griego *Hipócrates de Cos* (-460, -377), se le atribuyen numerosos tratados de medicina. Con él la medicina se desprende de la concepción religiosa y de las prácticas supersticiosas anteriores. Fundó una ética y una moral médica ligadas a una clase médica independiente de la casta sacerdotal, aunque vinculada a su tradición. Su concepción de la medicina es una síntesis de las distintas escuelas filosóficas, biológicas y médicas de la época, de modo que llega a construir un verdadero sistema del hombre, muy alejado del empirismo utilitario de los egipcios. Según él, la enfermedad se debería a la desproporción o impureza de los cuatro humores fundamentales: la sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra que se corresponden con los cuatro elementos de la naturaleza: aire, tierra, agua y fuego. La armonía de estos elementos sería regida por la "vis naturae" (fuerza de la naturaleza) y el cuerpo enfermo tendría una tendencia natural a curarse por sí mismo, eliminando o desplazando la impureza de los humores. El médico sólo debería observar atentamente el curso de la enfermedad para poder ayudar a la naturaleza.

13) Vesalio no dudó en rechazar los errores de Galeno<sup>(14)</sup> que hacía disección de animales y extrapolaba los resultados al hombre

14) La superación de ambas, con la fisiología científica, no se realiza hasta el siglo XIX., sin embargo el químico Lavosier será ya un precursor, aunque sus descubrimientos no serán tampoco asimilados y aplicados por los médicos hasta el siglo XIX.

15) Michel Fourcault, Ob. Cit. nota (5)

16) En ésta, tiene fundamental importancia el aporte intelectual de Rostow (1953), quien divide al desarrollo en cinco etapas, cada una de las cuales, necesariamente deberían atravesar todos los países. Esas etapas son: 1) La *sociedad tradicional*, con poco desarrollo de las fuerzas productivas. 2) La *transición*, debido a el ensanchamiento los mercados, y a las presiones externas, se producen ciertas alteraciones en la sociedad tradicional, hasta llevarla a su quiebre. 3) El *despegue*, caracterizado por la presencia de varios factores impulsados externamente, los cuales provocan el cambio social, en dirección al progreso. Dichos factores son: la mayor inversión productiva, la aparición de industrias básicas, el surgimiento de un nuevo aparato político y social, etc. 4) La *madurez*, en la cual se consolidan tanto la organización industrial, como las instituciones económicas, sociales y políticas, articuladas por el nuevo industrialismo. 5) El *consumo de masa*, que se caracteriza por una sociedad basada en la adquisición generalizado de mercancías, donde la población, masivamente consume productos manufacturados.

17) Ob. Cit. Nota (6).

18) Es posible la existencia de producciones en unidades fabriles de escala pequeña para evitar deseconomías de escala, sin embargo ésta característica técnica no impide que tales unidades estén bajo la dominación de grandes grupos financieros.



19) El principio de subsidiariedad del Estado sostiene que éste no debe realizar ninguna actividad económica que pueda ser efectuada por el sector privado.

20) Se entiende por post-globalización a aquella etapa que se supone que transitará el post-modernismo una vez que la etapa de globalización financiera sea superada.

## **BIBLIOGRAFÍA**

KLIMOVSKY, G. Las Desventuras del Conocimiento Científico, 4° Edición. a-Z Editora. Bs. As. 1999.

TAPINOS, G. Elementos de Demografía, Editorial Espasa Calpes. 1985.

CUTOLO, V.O. Manual de Historia Económica y Social, Editorial ELCHE. Bs. As. 1976.

CHISTOZVÓNOV, A. Algunos Problemas del Método Histórico Comparativo Aplicados a la Historia Socioeconómica, publicado en "Historia Económica: Nuevos Enfoques y Nuevos Problemas", "Comunicaciones del Séptimo Congreso Internacional de Historia Económica" Editorial CRITICA Barcelona 1981.

FURTADO, C. Pequena Introdução ao desenvolvimento: enfoque interdisciplinar. Companhia Editora Nacional. São Paulo. 1980

FOUCAULT, M. El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica, Edit. Siglo XXI. 1997.

Organización Panamericana de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud "Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe" Washington, 1983.

SAHARON, D. El Chaman de los Cuatro Vientos, Edit. Siglo XXI.

BIANCHETTI, M.C. Cosmovisión Sobrenatural de la Locura. VMH Editores, Salta.

KLIMOVSKY, G. La Inexplicable Sociedad, a-Z Editores. Bs. As. 1998.

MOONEY, G., MAYNARD, A y ARTELLS, JJ. Eficiencia y equidad en la asignación de recursos sanitarios, Barcelona: Banco Urquijo, 1981.

CULYER, A.J., WILLIAMS, A. y KNAPP, M. Primeras jornadas de economía de los servicios sociales. Barcelona, 1983.

MENDUIÑA SAGRADO, A. y ARTELLS, J.L. y HERRERO, Economía de la Salud, Enciclopedia Práctica de Economía, Hispanoamérica Argentina S.A. Bs.As. 1983.

TREBER, S. Los servicios sociales en el marco de la globalización, Humanismo Económico y Tecnología Científica, Tomo II. III Congreso Internacional de Economía, Córdoba 1999.