

# EL PROCESO DE PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD

*Roberto Passos Nogueira*<sup>1</sup>

---

## INTRODUCCION

La expresión servicios de salud tiene la propiedad de estar profundamente enraizada en el lenguaje técnico de todos los que trabajamos en este multifacético campo de la salud, y, al mismo tiempo, estar ampliamente difundida en el vocabulario coloquial. Su significado lo saben muy bien, no solo los que se preparan profesionalmente para materializarlos, sino también los usuarios que los necesitan y quienes, además, tienen clara conciencia de aquello que implica su falta y deficiencia.

Existiendo en forma tan clara, tanto en la percepción de los técnicos, como en la de los legos, los servicios de salud se sustentan en un concepto aparentemente más genérico (pero que, en el fondo, es bastante complejo): servicio.

¿Qué son los servicios de salud en general y cuáles son las particularidades de este campo de trabajo y estudio que se destina a la producción de servicios de salud? Tal es el tema de este breve ensayo.

Para comenzar a discutir el asunto, vamos a recurrir a algunos conceptos del análisis marxista. A pesar de haber otorgado Marx, en su doctrina, un lugar central al concepto de mercadería, la idea de servicios no se le escapó y de ella hace un esbozo de tratamiento en el conjunto de apuntes denominados teorías de la plusvalía. Allí afirma que: "así como hay una multiplicidad de artículos de consumo bajo la forma de mercaderías, tenemos también una multiplicidad de artículos de consumo que revisten la forma de servicios" (1).

¿En qué sentido difiere una mercadería de un servicio? De una manera simple, porque sobre el asunto podría escribirse todo un tratado. Se puede decir que son diferentes, en la medida en que la mercadería

---

<sup>1</sup> Médico. Consultor Nacional de la OPS/Brasil. Profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro.

representa el trabajo social materializado en algún bien cuyo origen y destino está, necesariamente, atado a las acciones sistemáticas de compra y venta en el mercado, mientras que el servicio, aunque representa una obvia expresión mercantil y tiene por fundamento técnico algunas mercaderías, genera apenas: a) acciones y efectos útiles (real o hipotéticamente); b) objetos útiles no susceptibles de venta como productos mercantiles en sí mismos.

Los servicios se definen por su utilidad: sirven en primer lugar, en una relación de exterioridad con el usuario, para recuperar un bien (ejemplo: el taller mecánico); para preservar un conjunto de bienes (ejemplo: servicios de seguros de una empresa o de limpieza de un hospital); para mejorar, en el plano de la eficacia o de la estética, alguna cosa que ya se posee (es fácil de identificar una infinidad de instrumentos de uso doméstico, que eventualmente necesitan ser objeto de un servicio orientado a este fin). En segundo lugar, sirven de usufructo personal, en una relación más directa con la personalidad del usuario, en que el sentido de utilidad está condicionado estrechamente por valores y comportamientos socialmente reconocidos: los servicios del peluquero, de un médico, de un hotel, etc.

Todas estas formas de servicios se realizan en la esfera de un consumo privado, individual o colectivo; son de utilidad para los individuos, en cuanto son consumidores; por esto, se acostumbra denominarlos como servicios de consumo (o servicios propiamente dichos), contrapuestos a los servicios de producción (que se asocian directamente al proceso de producción y circulación de mercaderías): por ejemplo, el comercio, el transporte, las actividades bancarias y financieras, etc. Los servicios de consumo constituyen aquí el objeto básico de discusión, a la vez que se subordinan a las actividades de prestación de servicios de salud.

Hay una antiquísima polémica alrededor del carácter productivo o no del trabajo en los servicios. Este punto suele generar discusiones extremadamente ociosas y cansadas, que poco o nada ayudan a la comprensión de la dinámica económica de los servicios y del proceso de trabajo en salud. No se necesita entrar en las sutilezas de la teoría del valor, para que se reconozca que los servicios son ahora un importante sector de acumulación capitalista y que, cualquiera que sea el mecanismo subyacente son, evidentemente, capaces de proporcionar un lucro mayor o menor a quien invierte, como capital, su dinero en ellos. Lo que importa, sin embargo, es que los servicios se organizan y se conducen económicamente como un ramo de la actividad capitalista, cada vez más relevante, en términos de absorción de fuerza de trabajo.

En este sentido, hay dos posibilidades de análisis: considerar, en la sociedad moderna, los servicios en general como apenas un ramo más de actividad que se agrega a la dinámica de acumulación capitalista o, considerar que la preeminencia actual de los servicios es indicadora de un

cambio más profundo en la propia naturaleza del capitalismo. Si se reconoce la validez de la segunda interpretación, tal vez el concepto de servicio sea, en consecuencia, fundamental para demarcar el neocapitalismo, con sus relaciones de producción y clases sociales, como fue para Marx el concepto de mercadería en el siglo XIX.

Hay en Marx, como dijimos, un esbozo de discusión de los servicios, sobre todo motivado por la polémica acerca del trabajo productivo/improductivo. Pero ¿qué servicios tienen Marx y los economistas clásicos en mente? Son los únicos posibles en su tiempo: el trabajo del abogado y del médico (como profesionales liberales), las escuelas, las empresas de ópera y de conciertos, los empleados domésticos, etc. Entre ellos, Marx menciona, con alguna ironía, las casas de prostitución. Ejemplos de servicios como estos son siempre retomados con el objetivo de demostrar su posición económicamente secundaria, en relación al proceso de producción de mercaderías y de producción de capital. El entendimiento de que su importancia económica es relativamente despreciable, aún cuando envuelven relaciones capitalistas de producción, explicaría la razón por la que no existe en Marx una preocupación por elaborar una teoría completa de los servicios.

Dicho esto, adelanto que mi tarea en este trabajo, lejos de la ambición de crear una nueva teoría, es apenas ayudar a precisar algunas particularidades del proceso de trabajo en salud, como una variedad especial de servicios. El problema comienza con el hecho de que, en la sociedad moderna, los servicios ya no son los mismos.

## **EL NUEVO MUNDO DE LOS SERVICIOS**

Las transformaciones sufridas por el sector de servicios en el siglo actual son de dos tipos: primero, tal como ocurre históricamente con la producción de mercaderías, pasan a adoptar, en amplia escala, las relaciones sociales de producción capitalista con los fenómenos clásicos que le acompañan, o sea, colectivización del trabajo (cooperación), creciente absorción de maquinaria y tecnología, pago de salario a los trabajadores; segundo, y este es el aspecto más nuevo y difícil de abordar, hay algunas tendencias en curso que hacen desaparecer o relativas las divisiones tradicionales, entre producción de mercadería/prestación de servicios y entre servicio de consumo/servicio de producción.

Me limito a indicar aquí brevemente algunos de los síntomas de este último tipo de cambio:

- 1) La promoción, directa o indirecta, por el Estado de los servicios de educación, salud y otros, en interacción con el proceso de ampliación de los espacios de ciudadanía, en su aspecto de derechos sociales reivindicativos y conquistados, hace que la esfera de consumo de

servicios adquiera no solo una dimensión colectiva, sino también se inscriba como una especie de gasto social de capital, indispensable para la reproducción del conjunto de la fuerza de trabajo. Tales servicios organizados e institucionalizados no pueden seguir siendo reducidos, según algunos autores, a formas de consumo individual como mero gasto, en el ámbito de la circulación: aparecen como medios de consumo colectivo (2) y, como gasto de capital, no difieren esencialmente de la compra de servicios de producción.

2) Los mismos servicios que se prestan al consumidor privado se dirigen también (y prioritariamente) a las empresas: por ejemplo, quien vigila la casa del banquero pertenece a una firma de seguros que provee el mismo servicio a una industria o a un hospital estatal.

3) El factor esencial de aumento de la productividad o de monopolio de la producción de mercaderías como del propio sector de servicio, pasa a ser un servicio como otro cualquiera: es tecnología como conocimiento aplicado, el saber hacer.

4) La introducción de la informática creó una esfera tecnológica apropiada a la naturaleza de los servicios, pero es utilizada en la producción de mercaderías esencialmente en la misma forma.

5) La creación del "software" y su manutención, combina, de un modo claro, las características de la producción de mercaderías con la de prestación de servicios.

6) La tecnología moderna hace que tanto la producción de mercadería como la prestación de servicios, dependan cada vez más de capital fijo en la forma de máquinas automatizadas: por ejemplo, realizar la utilidad de estos bienes con poca o ninguna mediación de trabajo vivo, es el objetivo común de los dos procesos. Una tienda de juegos electrónicos se asemeja, en este particular, a una línea de montaje robotizada.

Así, la tradicional contraposición entre servicios e industria se va relativizando, tanto en términos de los procesos de trabajo (y también de gerencia) que ambos representan, como de su funcionamiento económico propiamente dicho. El servicio de consumo es de naturaleza igual al servicio de producción, apenas tienen un tipo de usuario distinto. Lo que hay de nuevo y decisivo, actualmente, es la subordinación de ambas formas de capital (el capital en servicios y el industrial) a las reglas y dinámica del capital financiero, dentro de las formas nacionalmente variadas de capitalismo monopolístico de Estado.

Organizados en forma capitalista, los servicios pasan por una radical integración a la economía, que se manifiesta en múltiples direcciones, como se puede constatar con ejemplos del área de salud: a) la base técnica del servicio, sin embargo, depende aún de la razonable extensión del trabajo vivo y se amplía con el uso de mercaderías en la forma de

instrumentos o insumos efímeros, así, por ejemplo, los servicios de salud se tornan en uno de los brazos mercantiles del sector industrial productor de medicamentos y equipos; b) hay una especialización dentro de la división del trabajo en servicio, o sea, el servicio se integra con otros servicios—el hospital contrata empresas que prestan servicios de limpieza, de alimentación, de seguros, auditoría, etc.; c) el servicio de consumo se extiende a la órbita de la producción de mercaderías, así por ejemplo, una empresa que practica medicina de grupo y que atendía asegurados individuales, establece un convenio con industrias para asegurar, dentro de un régimen de prepago, a sus trabajadores; d) las formas de organización autónoma son gradualmente desplazadas o se subordinan como línea auxiliar de las formas colectivas; el médico, como productor aislado, por ejemplo, puede ser autorizado por el sistema de seguridad social para aumentar la cobertura potencial de la medicina institucionalizada; e) las formas populares o no organizadas se incorporan, como discreto apéndice del sistema legitimizado; es así como la “medicina natural” ya se puede encontrar en un centro de salud oficial (aunque sea para efectos de demostración propagandística) y pasa a ser parte de los recursos utilizados dentro del lema “Salud para todos.”

Estos cambios estructurales consolidan la capacidad de generar empleos por parte del sector de servicios y lo tornan en importante contribuidor, en la sociedad, al llamado proceso de terciarización de las actividades económicas y del empleo. Mientras las actividades en el sector agropecuario presentan francas tasas negativas de crecimiento del empleo y la industria se muestra relativamente estable en este aspecto, el conjunto de actividades del sector terciario (incluidos comercio y finanzas) exhiben altas tasas de crecimiento de su población ocupada. En el Brasil, entre 1970 y 1980, la población económicamente activa del sector terciario aumentó en 80% en comparación con el 52% de la media del conjunto de la economía. El crecimiento de la ocupación en salud fue aún mayor: se pasó de 560 000 trabajadores a 1 200 000, lo que significa un aumento del 110%.

Entre nosotros, de cada 100 trabajadores, cuatro están ocupados en actividades relacionadas, directa o indirectamente, con salud. En los Estados Unidos de América, esa proporción es aún más alta: de 7 a 8%.

A pesar de que las diferencias entre producción de mercaderías y prestación de servicios se hacen relativas a lo largo del desarrollo capitalista, se puede ahora tratar de responder a las siguientes preguntas: ¿en qué sentido el proceso de trabajo en salud se asemeja al trabajo industrial? o ¿qué tiene cada uno de específico?

## SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS CON EL TRABAJO EN LA INDUSTRIA

Una referencia indispensable para dar inicio a esta discusión es, como se sabe, el capítulo V de *El capital*. El proceso de trabajo tiene allí una matriz muy clara a pesar del esfuerzo de abstracción: es primordialmente el trabajo en la industria y, secundariamente, la agricultura. De todas formas, este capítulo se inicia con la distinción de los elementos que forman parte de cualquier forma de trabajo productor de valores de uso objetivos (por lo tanto, en cualquier latitud social): la actividad humana, la materia sobre la cual se ejerce y los medios de trabajo. Marx distingue dos aspectos en particular: 1) aquello que se podría llamar tecnificación del proceso de trabajo; por ejemplo, la antevisión del objetivo (un arquitecto se distingue de una abeja porque él "imagina mentalmente su construcción antes de transformarla en realidad") y el uso apropiado de los instrumentos ("utiliza las propiedades mecánicas, físicas, químicas de las cosas, para hacerlas actuar sobre otras cosas, de acuerdo con un fin que tiene en mente"); 2) la generación de un nuevo producto, como transformación de la materia, pero que tiene la propiedad de algo hecho para satisfacer alguna necesidad social ("el producto es un valor-de-uso, un material de la naturaleza adaptado a las necesidades humanas a través del cambio de forma") (3).

Así, en el esquema teórico diseñado por Marx, el trabajo es un acto técnicamente orientado, que hace uso de instrumentos y absorbe materiales diversos. Pero, está en curso un proceso de transformación del cual resulta un producto determinado y concreto, es decir, un bien, externo al productor y al consumidor potencial.

Esta doble dimensión de la producción de valores-de-uso no tiene una correspondencia exacta en el proceso de prestación de servicios de salud. Está siempre presente, en cualquier acto de salud, la direccionalidad técnica, "el ardid de la razón", para usar la expresión hegeliana. Las propiedades bioquímicas, fisiológicas, anatómicas, etc. del organismo humano son invocadas por quien produce servicios de salud y se emplea algún tipo de instrumento (físico o químico) para ciertos propósitos. Evidentemente, lo que se busca es una transformación útil, pero se trata de una utilidad profundamente mediatizada por actos parciales (pasando por el diagnóstico, por ejemplo) y por expectativas que no siempre se cumplen. Cada acto técnico tiene un fin parcial y puede tener una transformación particular útil, pero la utilidad final (como expectativas del usuario) está separada por el tiempo y por un muro de subjetividades: ("espero que todos estos procedimientos de laboratorio, de rayos X, medicamentos, cirugía, etc. me libren de este problema que tengo en el estómago . . ." y "¿quién me garantiza que estaré bien al final de este maratón a pesar de que esté obligado a pagar por cada examen, consulta, etc.?").

Todos estos actos son realizados con vistas al consumo, el servicio se realiza en sí mismo como consumo privado, o como efectuación apropiada del valor-de-uso de los materiales y de los instrumentos, para la satisfacción de las necesidades del usuario. Lo importante es que el individuo aparece como consumidor de cada uno de estos actos aislados. Esto es diferente de lo que ocurre con el producto industrial; por ejemplo, en una línea de montaje, lo que se consume y se tienen expectativas de que tenga utilidad, es nada más que el producto final, a pesar de ser el resultado de una multiplicidad de acciones aisladas dentro de una división del trabajo.

Sin embargo, tal como ocurre en la industria, el conjunto de actos debe pasar de una adecuación de la técnica, a las particularidades del consumidor, de acuerdo con sus necesidades humanas. Hay un dinamismo técnico en el hospital que seguramente es más parecido al trabajo industrial. Compárese este proceso con aquel que se da en un banco o en un supermercado, donde los actos técnicos surgen únicamente en función de promover la circulación de mercaderías y dinero; la complejidad técnica del trabajo en salud lo acerca más al de la industria.

La otra dimensión referida, la de la transformación, asume en los servicios de salud formas muy particulares, que precisan ser anotadas.

- 1) La transformación puede resultar en la creación de valores-de-uso objetivos, pero que son productos no mercantiles; por ejemplo, una placa de rayos X, un aparato de yeso, una prótesis dental, son productos que tienen la objetividad de las mercaderías, pero no la universalidad de su valor-de-uso; mientras que una mercadería sirve para cualquier persona, productos como estos son de utilidad restringida al individuo (nada impide que un dentista se ponga a hacer prótesis en serie para el mercado, pero en este caso deja de ser un prestador de servicios y se torna en un pequeño industrial).
- 2) La transformación global, mientras tanto, resulta de la suma de efectos inmediatos (como en un examen diagnóstico y una cirugía) o mediatos (como en una terapia medicamentosa) siendo la utilidad de esos actos asumida por quien los ejerce técnicamente y presumible por quien los consume. De esto resulta que los servicios de salud, como objeto de consumo, tienen una cantidad de fragmentos que contrasta, de manera patente, con el consumo directo de mercaderías.

Desde el punto de vista de la racionalidad del proceso de trabajo, la prestación de los servicios de salud, en condiciones capitalistas, tiene también, como la industria, su marca registrada: la cooperación. Para Marx, la forma específica de producción capitalista de mercaderías aparece como la consolidación de la cooperación en el proceso de trabajo. Cooperación es "la forma de trabajo en que muchos trabajan juntos, de acuerdo con un

mismo plan, en un mismo proceso de producción o en procesos de producción diferentes, pero conexos”.

La cooperación en el trabajo de salud es más aparente en el caso de los hospitales modernos; por ejemplo, la división del trabajo entre médicos, personal de enfermería y otros auxiliares técnicos. Cada uno ejecuta una tarea parcial, pero integrada con la de los demás y, en principio, concurren para el logro de un fin común. De aquí surge la jerarquía técnica y gerencial; así, las funciones más complejas e intelectuales son atribuidas a los médicos y otros profesionales de mayor calificación, de quienes emanan las órdenes de diagnóstico y tratamiento, mientras que una base amplia de auxiliares ejecutan tareas rutinarias. Para algunas categorías de enfermería, se asigna la misión de velar por el correcto cumplimiento de las órdenes, ejerciendo la supervisión inmediata de acuerdo con parámetros técnicamente consagrados o normas institucionales particulares.

Aparece así el trabajo asociado en salud. En primera instancia, se establece una división técnica y vertical del trabajo porque, dentro de cada subunidad, hay equipos que actúan integrando tareas dentro de su propia jerarquía y dentro del espacio físico-técnico que se les ha reservado; por ejemplo, equipos de enfermería, de consulta externa, de laboratorio, de los sectores de lavandería y esterilización, etc. Pero, como cada una de esas subunidades está de algún modo integrada a las demás hay, paralelamente, una división horizontal del trabajo, que concatena los diferentes servicios. Tales son las potencialidades del trabajo asociado, o sea, de cooperación, que se representa como una fuerza productiva especial, que no existe sino cuando la empresa junta a los trabajadores y les atribuye tareas parciales. Los efectos de la cooperación se hacen sentir, no solo en el aumento de la productividad, sino además en la cantidad de trabajo calificado utilizado, pues la división vertical economiza ese tipo de fuerza de trabajo (que, por regla general, tiene un precio más alto en el mercado) concentrándola en las acciones más especializadas.

A fin de garantizar las virtudes del trabajo cooperativo, las unidades de producción de servicios de salud utilizan dos instancias: a) introduciendo la división social del trabajo, que le es preexistente, cuando ponen a actuar conjuntamente profesionales que, por tradición, pueden operar aislada y autónomamente; por ejemplo, el médico y el dentista y, b) promueven la creación de nuevas ocupaciones, como resultado directo de la revisión de tareas dentro de una unidad: los asistentes de enfermería, por ejemplo.

La complicación de la división técnica del trabajo en salud se da, naturalmente, en estas dos direcciones referidas: En sentido vertical, aumentando las ocupaciones o los tipos de trabajadores que participan de una determinada jerarquía (en una unidad de cuidado intensivo, en lugar de emplear constantemente enfermeras de formación universitaria, se adopta una categoría especial de auxiliares); y, en sentido horizontal, aumentando

la diversidad de unidades que participan del cuidado en salud, en general, por una imposición de orden tecnológico (la creación del departamento de tomografía computarizada o de medicina nuclear, en un hospital). En este caso, el nuevo departamento generalmente no desaloja los de tecnología más antigua, sino se suma a ellos. Nuevos servicios parciales se establecen y son reconocidos técnica y socialmente como necesarios. Es este uno de los motores propulsores del incremento acelerado del empleo en salud.

En todo este contexto de relaciones de subunidades con sus gerentes, supervisores, ordenadores técnicos y ejecutores, los establecimientos de salud reproducen el comportamiento de las industrias modernas. Aquí no hay nada original del lado del proceso de trabajo, pero no se puede perder de vista el lado del consumidor y, en esto, los servicios de salud alcanzan una lamentable originalidad. El usuario está obligado a vivir, psicológica y físicamente, esta profunda fragmentación, en la medida en que, como objeto vivo, se somete a todos estos actos parciales cuyo objetivo y prioridad, en la mayoría de los casos, se le escapan totalmente. El sentimiento de "aislamiento" del consumidor tiene aquí el mismo origen y profundidad de aquel que afecta al trabajador parcializado, en la manera expuesta por Marx en sus obras de juventud. En países como el Brasil, el drama del usuario se duplica; al "aislamiento", dado por las condiciones y los procedimientos técnicos vigentes, se junta la inseguridad en cuanto a la calidad misma de los actos de salud y su apropiada prescripción, para no mencionar el aplastante sentimiento de desamparo cuando se ve víctima del rechazo y de la incompetencia de quien, por alguna obligación social, le presta la atención. Pero esto ya es otro asunto, que dejamos para quien vaya a tratar las dimensiones políticas y éticas del trabajo en salud.

## **ASPECTOS PARTICULARES DEL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD**

Una de las particularidades de los servicios en general es que, al contrario de las mercaderías, ellos no circulan, pues en verdad, ya son parte constituyente de un proceso, técnicamente orientado, que tiene la propiedad de ser simultáneamente circulación y consumo de mercaderías. Las mercaderías que se realizan como valores-de-uso (como cosas útiles) en el trabajo en salud son, por un lado, la fuerza de trabajo de los que se ocupan de estas funciones y, del otro, los medios de trabajo (instalaciones, medicamentos, aparatos diversos, etc.) indispensables para realizarlo, de acuerdo con determinados patrones tecnológicos. El servicio de salud, al igual que otros, une, en un solo acto, el trabajo social y el consumo privado. Por esto, se presupone que, en sentido general, el consumidor o usuario sea de alguna manera participante del proceso de trabajo. Es cierto que, para hacer efectivos algunos de los componentes del cuidado de salud

(exámenes de laboratorio, prescripción de medicamentos, etc.), el usuario no necesariamente debe estar presente para la mayoría de las acciones: lo requerido durante el diagnóstico y la intervención terapéutica, más que su presencia física, es alguna forma de colaboración (de él y/o de los que están cercanos a él) sin que el servicio se sienta comprometido en su eficacia técnica.

Por consiguiente, si, desde un punto de vista puramente económico, el usuario es nada más que un comprador (directo o indirecto, esto es, por seguro social o privado), dentro del moderno complejo médico-empresarial, en lo que se relaciona al movimiento del conjunto de las cosas y esfuerzos que entran en el proceso de trabajo en salud, contribuye (él o su grupo familiar) con valores-de-uso indispensables. Esta necesaria conexión de valores mercantiles y no-mercantiles, de trabajo remunerado y trabajo gratuito, es común a otros tipos de servicio, pero, tal vez, no tan marcado como en salud. Ha variado completamente, a lo largo de la historia de la organización social de los servicios de salud, la forma de concebir lo que, cada uno de los lados, debe contribuir. El énfasis más reciente, de las políticas sociales, recae en la importancia de aumentar la contribución del consumidor: es la tónica que está presente en los movimientos de deshospitalización, de cuidado en el ámbito familiar, de participación popular y otros.

Es teniendo en mente tales particularidades que algunos autores incluyen a los usuarios (o, en sentido más amplio, a la comunidad de usuarios) como integrantes en la definición de recursos humanos en salud. Se trata, como vemos, de una clasificación que tiene su base teórica en la reducción del enfoque a los aspectos de utilidades, de simples valores-de-uso, y, siendo así, tiene ciertas aplicaciones perfectamente justas. El problema más grave, y que está por detrás de esta discusión, es de otra naturaleza, es de cuño político: ¿dónde comienza y dónde termina la responsabilidad del Estado y de los ciudadanos en lo tocante a los cuidados de la salud? No se encuentra ninguna respuesta, a esta pregunta, a no ser dentro de las luchas políticas y de los contextos sociales concretos, en que los servicios de salud se organizan.

En el siglo actual, los Estados del bienestar social ("Welfare States"), con su desarrollo incompleto en Europa y embrionario en otros países, han sido bastante contradictorios en este sentido y la crisis económica ha ayudado a agravar esta situación. Gran parte de los cuidados de salud, que antes eran realizados en base a la medicina casera y con intensa participación del autoservicio en el ámbito doméstico (especialmente a cargo de las mujeres), fueron trasladados a una órbita institucional, en la medida en que se ampliaban las oportunidades de empleo femenino y se consolidaban los grandes complejos de asistencia médica aportados por la seguridad social. En el pasado reciente, tales conquistas ciudadanas fueron objeto de combate, por causa de supuestos excesos, tanto por los gobiernos conservadores

que, interesados en dar una solución al déficit social del Estado, cortan los gastos por el lado más débil (como es el de las políticas sociales), como por un nuevo clima ideológico establecido en la sociedad civil, que frente a la crítica de la despersonalización de la atención médica y del abuso tecnológico, han vuelto a proponer el retorno a una forma más "natural" o "humana" de tratar a los enfermos y de cuidar a los ancianos.

Esta es una cuestión delicada, y un poco oscura en el contexto del desarrollo del movimiento sanitario en el Brasil, considerando que los esfuerzos en los últimos tiempos se han concentrado, con toda razón, en fijar el papel del Estado y, en lo que se refiere al usuario, en divisar formas de control social. Aquí, cualquier propuesta no institucionalizante tiende a ser confundida como "Illichismo". Si hoy se reivindica la aplicación del precepto constitucional de salud como "deber del Estado" y entendemos que eso es una respuesta universal frente a la ampliación de los derechos sociales de la ciudadanía, en el asunto de la organización de modelos de servicios, las formas de participación del usuario, como contribuyente directo y uno de los sujetos del acto técnico, requiere mayor claridad de nuestra parte. **Su participación como "co-prestador"** se relaciona y se complementa con su participación, como grupo social, que supervisa políticamente el funcionamiento de los servicios.

Se necesita, en este punto, de un esfuerzo conciente para adecuar las políticas y las posiciones asumidas por las entidades civiles para el análisis sociológico sobre las diversas dimensiones del trabajo en salud.

Cambiamos la atención hacia otro modelo, que se origina del necesario "contacto" entre prestador y beneficiario del servicio de salud. La producción de servicios de salud corresponde, de inmediato, a su distribución. Para que el acto de atención en salud se realice en su integridad, hay dos condiciones posibles de distribución: o el prestador se traslada a donde está el usuario, o el usuario llega hasta donde está el prestador. Esto es un acto obvio, pero sus implicaciones teóricas, para el estudio del proceso de trabajo en salud, rara vez son consideradas.

Si se considera al consumidor aislado, este problema tiene soluciones tradicionales; cuando, por alguna razón, él no puede trasladarse, el servicio, en la forma de profesionales y recursos, encuentra una manera de llegar a su domicilio: el médico liberal que va a la casa del enfermo, la unidad odontológica o de emergencia que se moviliza, el auxiliar de cuidados primarios que va a trabajar en la pequeña comunidad, etc.

Cuando se está frente a la necesidad de trazar políticas públicas y adoptar medidas para la atención a toda una población, esta característica es un punto crucial. Aquí radica una de las raíces del problema del acceso y de la equidad.

Cuando se tiene a la vista un propósito de cobertura a una población, el equipo para la salud debe ser distribuido de forma tal que las dificultades usuales de movilización del usuario sean atenuadas al máximo

(lo que depende, naturalmente, de que se disponga de recursos para invertir). Este principio trae consigo, en primer lugar, la necesidad de ampliar la división horizontal del trabajo en salud, introduciéndole una nueva dimensión, de naturaleza geodemográfica, que dé origen a la idea de red asistencial. Una red de salud es un conjunto de unidades de producción, que establecen una división técnica del trabajo entre sí, de acuerdo con criterios demográficos (concentración poblacional y sus áreas de influencia), geográficos (variables de acceso) y epidemiológicos (concentración de problemas de salud).

La cooperación, en el trabajo en salud, adquiere otro significado cuando se pasa al análisis del funcionamiento de la red y no al de unidades aisladas. A los hospitales, centros de salud, pequeños puestos y a los que trabajan en la comunidad se les exige que repartan entre sí funciones interconexas; además, esto requiere formas particulares de gerencia y supervisión. Hay una clara división geodemográfica del trabajo, que es bastante complicada en términos de su funcionamiento (y no es necesario decir que, la mayoría de las veces, sus presupuestos formales redundan en lamentables fracasos). Dada la posibilidad (por lo menos teórica) de acceso al servicio de más alto nivel y de retornar al nivel inicial, lo que cada uno hace, en la base del sistema, tiene que ver con la tarea de las unidades más complejas.

Una de las direcciones dadas, por las políticas más recientes de salud, es la promoción de una mayor integración de los distintos procesos de trabajo en el ámbito geográfico, donde el acceso presenta condiciones más o menos uniformes para una determinada población concentrada (concepto de distrito sanitario). Se trata de una integración operativa, que pretende homogeneizar las bases técnicas y político-administrativas del trabajo en salud, con vistas a aumentar su productividad y eficacia, promoviendo al mismo tiempo una racionalización del uso de recursos provenientes de instituciones de distintos vínculos administrativos. Puede ser caracterizada como una tentativa gubernamental de reorganización y ampliación de la división técnica horizontal del trabajo, realizada en nombre del aumento de la equidad, ya que se busca mejorar la calidad de la atención a segmentos poblacionales, desfavorecidos en las ciudades grandes y medias, cuya situación se ha visto dramáticamente deteriorada durante los años ochenta, señalada por el crecimiento cero de la economía.

La pregunta que se puede hacer, sobre estas nuevas orientaciones políticas y que dejo para reflexión, finalizando este pequeño ensayo, es la siguiente: ¿Qué características deberá asumir, en el futuro próximo, el proceso de trabajo en salud al integrarse horizontalmente en "el nivel local", si no se superan todas las presiones de la crisis económica, que impiden nuevas inversiones y limitan sustancialmente el costo de los servicios de salud?

## **REFERENCIAS**

- 1 Marx, K. Historia Crítica de La Categoría de la Plusvalía, Tomo I. Buenos Aires, Brumario, p. 145.
- 2 Lojkine, J. El estado capitalista y la cuestión urbana. São Paulo, Martins Fontés, 1981.
- 3 Marx, K. El capital, Libro 1, Vol. I. Rio de Janeiro, 1968, pp. 121-155.