

Las políticas de salud en el marco del ajuste

Celia Iriart *
Francisco Leone *
Mario Testa *

INTRODUCCIÓN

Mucho se habla hoy de la necesidad de transformación del sistema sanitario. Esta necesidad se plantea en todos los países, del primero al último mundo (ya no es abarcativa la clasificación de primer y tercer mundo, pues no alcanza para incluir las inmensas diferencias que se verifican entre países y aún en cada país).

Los efectos de la globalización de la economía son contundentes, la crisis mexicana de enero de 1995 y el socorro financiero por decreto presidencial de los Estados Unidos han sido la demostración empírica. Estamos en un barco de dudosa fortaleza para soportar las mareas fuertes y tal como se ha verificado en históricos hundimientos (cfr. el del *Titanic*) los que viajan en la clase económica son los más expuestos a morir ahogados. No parece oportuno pensar en términos nacionales, esto es, apelar a nuestra clase dirigente para prevenirnos de los peligrosos temporales. Ellos ocupan si no los camarotes de mayor lujo, sí los de primera. La globalización se efectivizó también en las relaciones sociales y los sectores dirigentes de nuestros países se sienten incluidos (habrá que ver en qué condiciones) en los proyectos de las clases dominantes del capitalismo mundial. Una visión lamentable de esas asociaciones se puede ver en Argentina al observar a los sectores dominantes provinciales llevar adelante el proyecto impuesto desde el Estado nacional que destruye sin miramientos las economías regionales acusándolas de inviables.

Para los sectores que sufren la globalización se impone el esfuerzo de analizar cuidadosamente la situación, crear alternativas y tener mucho cuidado de subirse acriticamente a un barco que, contrariamente a lo que dicen sus promotores, no nos garantiza el arribo a ningún puerto. Quienes nos sentimos involucrados en el campo de la salud como trabaja-

dores, usuarios y/o investigadores, que aspiramos a ser sujetos de decisión y no simples espectadores de una obra escrita, dirigida y montada por otros, tenemos que pensar las situaciones que se plantean en el espacio sanitario para no comprar irreflexivamente entradas para ver escenas de marginación y opresión de las que muchos, en esas sí, seremos actores principales.

Asistimos desde hace unos años a los funerales del llamado Estado de Bienestar que, con las características propias de un país dependiente, también existió en el nuestro. El desmantelamiento se realizó aceleradamente en las áreas de la producción y los servicios, privatizándose todas las actividades de interés para el sector privado. Profundas transformaciones se están operando en las áreas sociales al son de las críticas a la ineficiencia estatal para accionar con eficacia a bajo costo; críticas legitimadoras del discurso que quiebra los valores de la solidaridad, la responsabilidad estatal y niega en los hechos la existencia de los derechos a la salud, a la educación y a la vivienda digna.

En lo que hace al sistema sanitario es imprescindible la reducción de gastos, ya que al estar sustentado en un modelo médico mercantilista, curativo y biólogo al que abastecen industrias altamente rentables y en permanente innovación —tales las de medicamentos y aparatología— se ha producido un crecimiento en los gastos que se torna insostenible aun para las economías de los países del primer mundo. Y si en algún punto podríamos coincidir en el diagnóstico que habla de la imposibilidad de sostener sistemas sanitarios tan costosos y de dudosa eficacia, pronto nos ubicamos en una perspectiva totalmente diferente al considerar que la transformación no se logrará librándola al «juego de la oferta y la demanda».

Se impone ubicar la cuestión de la salud fuera

* Equipo de posgrado en Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

del falso debate estatal/privado para lo que es indispensable analizar las causas económicas que originaron las profundas transformaciones en el modelo de acumulación que llevó a la crisis del Estado Benefactor y al auge de las políticas neoliberales. Esto permite insertar el ajuste de la economía argentina en un proceso más amplio del que es tributario y que contextualiza los discursos que se restringen a plantear la crisis de las instituciones de salud, tanto las de atención como las financieras, como un producto de una ineficiente y corrupta burocracia local. La consideración de las formas que adopta el ajuste, primero en las actividades que se reflejan en las cuentas nacionales y luego comprometiendo a las economías provinciales, posibilita comprender hacia dónde apuntan las transformaciones que desde el Estado se propician de las instituciones públicas de atención de la salud y las de la seguridad social. Consideramos que esto pone en evidencia la inviabilidad de que los cambios propuestos desde los sectores dominantes tengan algo que ver con la equidad y la mejora en las condiciones de salud de la población. La aceptación pasiva o la crítica sin propuestas alternativas que movilicen a los trabajadores y a los usuarios por parte de aquellos que desde asociaciones gremiales o desde espacios de conducción cuestionan el ajuste, está favoreciendo el avance de la concepción que la salud es un bien de mercado.

Por el contrario pensamos, y en ese sentido publicamos estas reflexiones, que se impone la deconstrucción del pensamiento dominante, el cuestionamiento de las soluciones técnicas y la politización del pensamiento y la acción en salud.

CAUSAS ECONOMICAS ORIGINARIAS DE LAS POLITICAS MUNDIALMENTE HEGEMONICAS¹

Los profundos cambios que se viven en Argentina no son ajenos a las transformaciones del sistema capitalista mundial y el análisis de cuestiones específicas, como es el caso de la salud, requiere de una ubicación en el contexto más amplio para resignificar los discursos que en torno a él se producen. De allí que sea necesario comprender los procesos de que es tributario el problema de salud-enfermedad-atención. El análisis de la problemática de salud no puede desconocer que los cambios en los procesos productivos, laborales, de distribución de los bienes y servicios que una sociedad produce impactan en las formas de enfermar y de morir, y definen la modalidad en que organiza la atención de la salud-enfermedad.

Las raíces deben buscarse en el dominio que han adquirido los aspectos financieros sobre otros factores que inciden en la acumulación de capital, lo que está produciendo un reordenamiento supranacional del capitalismo generado en la movilización del capital a través de las fronteras nacionales.

Las causas de la globalización financiera son la acumulación de grandes excedentes de liquidez, la liberación generalizada de los controles al capital y la transformación tecnológica en la informática y las comunicaciones.

La historia de este proceso comienza en Bretton Woods² en la década del 40, en la reunión que intenta sentar las bases para un desarrollo sostenido de la economía mundial. Se creó el FMI y el BIRF pero no la propuesta Organización Mundial del Comercio (por oposición de los EUA) que reapareció posteriormente como el GATT. Los acuerdos incluían entre sus objetivos la vigencia de condiciones propicias para el pleno empleo mediante un crecimiento no inflacionario de la economía y el comercio mundiales, apoyado en un sistema multilateral de pagos con fuertes restricciones a la libertad de cambios y restricciones a la movilidad de los capitales por los desequilibrios que esto podría ocasionar.

El sistema creado funcionó con los EUA como motor y orientador del desarrollo de la comunidad internacional no comunista. El resultado fue que en los siguientes 25 años del acuerdo la tasa de crecimiento mundial promedio fue del 5 % acumulativo anual, una expansión del comercio del 8 % e inflación inferior al 3 % con ciclos suavizados por políticas de inspiración keynesianas. Por supuesto, las condiciones fueron más favorables para los países centrales con repercusión reducida en los periféricos. La acumulación de enormes excedentes —físicos y financieros— fue paralela al desarrollo de los mercados de capitales.

Desde el comienzo se llamó la atención sobre el riesgo de atar todo el sistema al dólar porque eso conduciría inevitablemente a una crisis inflacionaria (por emisión excesiva para atender las demandas internacionales de la moneda central del sistema) o deflacionaria (para evitar un déficit de pagos). En ambos casos estos riesgos se extenderían rápidamente al resto del mundo. Las tensiones surgidas como consecuencia de la intención abierta o disimulada de otras economías (europeas) por no caer bajo la dominación total de los EUA condujo al debilitamiento del dólar y aún del conjunto de la economía norteamericana lo que hizo correr riesgos al conjunto del sistema.

Para escapar a las restricciones del acuerdo aparecieron (principalmente) en Europa y otros sitios los mercados extraterritoriales ("*offshore*") como paraísos fiscales y de capital anónimo, desregulados y sin control de autoridades monetarias nacionales. El resultado final de estos avatares fue la desconexión del dólar al oro, la devaluación de la moneda central del sistema, el paso a la paridad de cambios flexibles que produjo una extrema volatilidad cambiaria. Estos hechos ocurren durante la década de los 60 y abren el camino para lo que ocurrirá a comienzos de la década siguiente.

La informática y las comunicaciones completan la posibilidad de una circulación libre de toda regulación del capital financiero que se realiza en su forma más abstracta: sin metales, sin dinero, sin papeles. Además se desregularon las cuentas de capital que controlaban los movimientos de divisas a través de las fronteras³.

En 1973 se desata lo que se conoce como cri-

sis del petróleo con el aumento de los precios decidido por la OPEP; sus consecuencias se montan sobre la debilidad del funcionamiento del sistema internacional, con inflación mundial, endeudamiento y recesión. Dado el carácter de insumo generalizado del combustible sufren violentas oscilaciones las tasas de cambio y de interés. Pero tal vez el efecto más perverso del “*shock*” petrolero fue la profundización de lo que ya se perfilaba como el dominio anárquico del capital financiero sobre el sistema económico internacional.

En 1979 otra vez aumentan los precios del petróleo. La década comienza con inestabilidad, problemas de balance de pagos y déficit fiscal, el que pasa a ser la preocupación principal de los países centrales. Ahora la respuesta será la contracción del gasto público y el control de la expansión monetaria. El neoliberalismo propone recapitalizar el capitalismo identificando en el Estado al gran responsable de las vicisitudes económicas descartando las propuestas basadas en el keynesianismo para favorecer la *supply side economics*.

El aumento de la tasa de interés y la revalorización del dólar atrae capitales a los EUA. La política económica conocida como *reaganomics* es una mezcla de disminución de impuestos al capital y *keynesianismo* bélico lo que conduce a más recesión y desencadena reestructuraciones industriales en Alemania, Japón e Italia y fortalecimiento del neoliberalismo inglés (*thatcherismo*).

Será a partir de 1983 que la ampliación crediticia que realiza EUA —utilizando instrumentos como la expansión del déficit fiscal y comercial, reducción de la tasa de interés y colocación de títulos del tesoro en el circuito internacional— recupera parcialmente la economía mundial, sólo para comenzar con una nueva recesión desde el segundo semestre de 1990. Cae la inflación pero también la tasa de crecimiento, en cambio aumenta considerablemente el desempleo, que pasa a ser tratado como un fenómeno «natural». La preocupación que genera este hecho en los países desarrollados se manifiesta a través del FMI («Perspectivas de la economía Mundial», mayo de 1994) que cuestiona la reversibilidad del desempleo y señala que «el costo económico y los costos sociales de los actuales niveles de desempleo, ya sea estructural o cíclico, son enormes». Estos son los resultados de la respuesta monetarista a la inflación, diferente de la que siguen los países citados en el párrafo previo, que proponen soluciones no monetaristas a la crisis.

Desde América Latina se «aprovecha» irresponsablemente la enorme disponibilidad de excedentes líquidos para sobreendeudarse (década del 70) cuyo resultado es lo que se conoce como la «década perdida» de los 80. En estos primeros años de los 90 vuelve a haber la misma disponibilidad internacional de capitales líquidos, a nuestro juicio tratados con la misma irresponsabilidad que entonces.

La crisis mundial de las décadas 70 y 80 son las que desencadenan las políticas de ajuste, a partir

de un diseño que se origina en los organismos multilaterales de crédito, que condicionan en ese período el acceso a recursos financieros internacionales.

Las tres fases del ajuste para América Latina consisten en lo siguiente:

1º Plan de estabilización de corta duración (uno o dos años) que conduzca a la reequilibración de la balanza de pagos. Las tres medidas básicas son: desvalorización de la moneda para favorecer las exportaciones y restringir las importaciones; liberación de los precios internacionales y reducción de las tarifas de importaciones con el mismo propósito que en el caso anterior y para estimular la transformación de las empresas de modo de alcanzar una mayor competitividad internacional; contracción de la demanda interna a través del control de emisión de moneda y de la masa salarial para liberar fondos aplicables al pago de la deuda externa.

La política social no fue tomada en cuenta pero resultó afectada por la compresión del gasto y la reducción del empleo. Esos efectos pueden considerarse, en alguna medida, residuales.

2º Ajuste estructural más reducción del gasto público a través del saneamiento de las finanzas públicas comprendiendo la desregulación y privatización de los mercados y la reducción del tamaño y el papel del Estado (mediados de los 80). Esto implica también una mayor apertura de la economía para restaurar la libertad del mercado y la competitividad empresarial, aumentar la recaudación del gobierno y reducir el gasto público. La privatización comienza tímidamente (pequeñas empresas estatales en sectores no estratégicos, limitándose a la participación de capitales externos ya localizados en el país) para alcanzar luego el núcleo duro del sector público como infraestructura e insumos básicos y servicios. Esto levanta mayores resistencias por lo que en Argentina sólo pueden realizarse a partir de 1989, para lo que además el gobierno tiene que ignorar su base de sustentación política interna. Mientras el FMI aconsejaba el saneamiento de las finanzas públicas en nuestros países, EUA asumía una franca expansión del déficit fiscal colocando títulos del Tesoro en el circuito internacional. En este caso se trata de alcanzar, en cuanto a políticas sociales, lo que corresponde a un proyecto global de reorganización de la sociedad que, aún sin abandonar totalmente a algunos de los grupos sociales afectados por el ajuste (a esto el Banco Mundial lo llama «focalización»), los margina del funcionamiento social. El paradigma neoliberal plantea: a) la superioridad del mercado como mecanismo de asignación de recursos; b) el lugar central del individuo en la sociedad, en contraposición a sus organizaciones asociativas; c) la prioridad de la libertad y la diferenciación de los individuos, en detrimento de la igualdad, lo que se traduce, en el campo

social, en la defensa de la libertad de escoger los bienes y servicios a ser consumidos.

3° Reforma del Estado más reestructuración de la relación público-privado. Al comienzo confundida con privatización del sector estatal de la economía, comienza luego a centrarse en el fortalecimiento del papel del Estado como conductor del desarrollo económico y social a través de su descentralización, etapa aún no desarrollada plenamente en Argentina. Resurge entonces el tema de la «governabilidad», contemplado tanto a nivel del sustento político de las propuestas de ajuste en el seno de la sociedad civil como de la coherencia interna de la burocracia estatal. La combinación de austeridad económica con reducción salarial y de subsidios y la liberalización económica durante un período prolongado generaron conflictos políticos muy importantes, que hacen surgir la necesidad de un ajuste con rostro humano, definido inicialmente por UNICEF, retomado luego por el Banco Mundial, la Iglesia Católica y otros grupos de buenas intenciones.

Los resultados de las políticas de ajuste fueron inversos a los postulados por las mismas: efectos devastadores sobre el cuadro socioeconómico de los países lo que minó su confiabilidad, y por lo tanto, su sustentación política, contrariamente a lo que demanda cualquier plan de estabilización económica, a lo que se agregó la evidencia de que el crecimiento sostenido requiere justamente lo opuesto de lo que propone el recetario neoliberal: necesita de un Estado fuerte que «desempeñe diversos papeles y haga de manera más efectiva». El informe del Banco Mundial de 1989 señala que el fracaso de las políticas de ajuste no se debe sólo a su implementación sino a «deficiencias institucionales corregibles solamente a largo plazo. Desmantelar el Estado no es la solución. Debe ser reconstruido».

LOS DATOS DEL AJUSTE ESTRUCTURAL EN ARGENTINA

Un dato que no puede ser soslayado a la hora de analizar la modalidad que adquirió el ajuste en Argentina es la firma del Acuerdo Brady⁴ que implica una readecuación de los planes de ajuste y de estabilización en pos de la consolidación de la primacía acreedora en el seno de los sectores dominantes. Tal como se reseña en el primer informe citado, hasta llegar a firmar este acuerdo con la banca acreedora se ensayaron diversos planes de ajuste en Argentina:

Hablar de un cambio estructural exige considerar el período 1989/1990 como punto de inflexión tanto en el terreno político (cambio de gobierno) como en el económico. La quiebra del Estado —definida por el conjunto de subsidios, transferencias y pagos externos en que éste se hallaba comprometido y la incapacidad progresiva de realizarlos— redundó en la interrupción de los pagos a la banca acreedora.

La regresiva regulación fiscal, vigente hasta ese momento, llega a un límite cuando la contracción

del mercado interno y del nivel de actividad se refleja en el deterioro de una recaudación impositiva fuertemente asociada a tributos y tarifas dependientes de variables en claro retroceso: el consumo y los salarios. Esto define la imposibilidad de resolver, vía regresividad fiscal, el financiamiento de los monumentales niveles de transferencias ya mencionados. Por lo tanto, agotado el mecanismo del «Estado Hood-Robin» como forma de apropiación de excedentes, vía redistribución regresiva de los ingresos, este es sustituido por una disputa salvaje (asociada con la distinta capacidad de presión de mercado de las diferentes fracciones) que, en tanto se traducía en la apropiación de excedentes en moneda dura (divisas) por parte de cada fracción, transformó al mercado cambiario en el ámbito natural de este conflicto y se expresó en la evolución exponencial del dólar.

La hiperinflación, hija de esa situación, significó por lo tanto el final de la etapa, implicó a su vez el disciplinamiento brutal de los sectores populares. Reveló el nivel de disputa desatado al interior de los sectores dominantes y la tendencia a definir, por esta vía, jerarquías y predominios y, en consecuencia, definió una agenda nueva de política económica cuya clave de estructuración residía en la recomposición de los pagos a la banca acreedora⁵.

Los tres planes de estabilización desarrollados a partir de 1989 tienen, dentro del bloque dominante, un punto de coincidencia básico: la regresividad del modelo planteado que cambia la función del salario el que pasa de ser un componente de la demanda interna (en el modelo de sustitución de importaciones que requería de la ampliación de la masa de consumidores) a un factor de costo de la producción (en el modelo exportador cuya prioridad es obtener competitividad en los mercados internacionales). Esto facilita la desarticulación de los sectores populares y su subordinación.

Las diferencias pronunciadas aparecen en la forma de concretar el ajuste fiscal y su incidencia en las transferencias a la banca acreedora y el rumbo productivo del país. Por un lado el Plan Bunge y Born (llamado así porque el Ministro de Economía era un hombre perteneciente por ese grupo empresario) constituyó el intento más definido de afirmar una salida exportadora en detrimento de la banca acreedora. Por su parte, el Plan Erman (del Ministro Erman González) propiciaba una transformación de acuerdo con la banca acreedora para mantener un paridad cambiaria baja pero una fuerte recesión que posibilitara la acumulación de excedentes transferibles a los acreedores externos. Finalmente el Plan de Convertibilidad orienta claramente el ajuste en beneficio de los acreedores externos al mantener una paridad cambiaria baja que permite al Estado optimizar sus cuentas para el pago, pero conservando y aun desarrollando los niveles productivos (al menos en el período inicial del plan). En síntesis los ejes básicos del acuerdo del bloque dominante incluyen:

a) Concreción de un modelo productivo exportador donde convergen la exigencia de generar

divisas para el pago de la deuda y la consolidación de negocios empresariales desvinculados del mercado interno.

- b) El desguace del Estado, que produce recursos fiscales, garantiza el pago del principal de la deuda vía capitalización y, simultáneamente, se vincula a las estrategias de reordenamiento productivo de los grupos económicos locales.
- c) *La regresividad en la distribución del ingreso y la precariedad de las condiciones de empleo, con el doble propósito de garantizar la desarticulación social de los sectores populares y compatibilizar los costos laborales de la salida agroexportadora*⁶.

El ingreso de la Argentina al Plan Brady, realizado finalmente el 6 de diciembre de 1992, concluye la etapa abierta en 1990, definida por la reconducción de la política económica en beneficio de la banca acreedora con el objetivo manifiesto de regularizar los pagos de la deuda con los bancos. Es decir: la política de ajuste en Argentina tiene como dato central este acuerdo con la banca acreedora en torno al cual es indispensable considerar el actual significado del ajuste fiscal y su impacto en las políticas sociales, en especial una vez agotada la transferencia de activos vía la privatización.

La deuda pública configura un problema que estará presente durante mucho tiempo en cualquier horizonte de política económica que se trace. Tres factores inciden en el aumento de su peso sobre las cuentas públicas:

- * La reestructuración de la deuda con la banca comercial constituye en los hechos un plan de regularización de pagos que acrecienta las transferencias.
- * La asistencia de los organismos internacionales (FMI, Banco Mundial, BID, etc.) se vincula a planes de reconversión que financian el ajuste pero no generan actividades que eleven la capacidad de pago del país, con el agravante de que aumentan su endeudamiento.
- * La transnacionalización de la economía y la dolarización emergente impiden financiar un déficit fiscal con emisión monetaria, abultándose, en consecuencia, los títulos públicos de circulación local emitidos para saldar deudas operativas del Estado, contraídas por falta de excedentes de «caja». Estas deudas -a excepción de las contraídas con los jubilados- se originaron en una década de subsidios a los grupos empresarios más concentrados. La realidad es que el sector público debe recurrir a la emisión de un título o al financiamiento del Banco Nación ante cualquier necesidad de fondos líquidos.

*En suma, después del feroz ajuste del lapso 90/92, que prácticamente terminó con los activos del Estado, los pasivos públicos siguen constituyendo uno de los determinantes de la economía nacional*⁷.

El ajuste fiscal llevado adelante desde 1990 se asienta sobre la base de la reducción del gasto mediante las privatizaciones, la reforma tributaria, la

racionalización de personal y el ajuste provincial, así como la modificación de la legislación laboral que plantea la flexibilización del empleo y la desarticulación del sistema de seguridad social, para lo cual ya se procedió a la reforma del sistema previsional y se encara aunque con mayor dificultad el de las obras sociales.

Los autores más arriba citados señalan que, debido al agotamiento de los activos privatizables parecería que el destino del Plan de Convertibilidad es la disminución en valor dólar de los salarios, la implantación del ajuste en las provincias y avanzar hacia impuestos de carácter progresivo dado que la recaudación impositiva basada en el consumo está tendiendo a bajar.

Esta última medida es de difícil realización por la oposición de los grupos económicos dominantes y básicamente por la proximidad del año electoral. Con lo que el ajuste parece que seguirá marcado por la regresividad ya que se sostiene sobre los sectores medios y bajos y sobre las provincias.

El nuevo Pacto Fiscal Federal firmado el 12 de agosto de 1993 redefinió los fondos de coparticipación federal (transferencias de impuestos de la Nación a las provincias) y estableció el tipo de impuestos que éstas pueden cobrar, limitándose los que gravan al capital y enfatizándose las imposiciones al consumo (la Nación se reserva el derecho de implementar el cobro de los impuestos vedados a las provincias). Este pacto recortó el poder tributario de las provincias. El ajuste provincial se realizó en cuatro etapas:

- a) En 1990 se indujo la crisis financiera de los bancos oficiales provinciales en situación de iliquidez e insolvencia recortando los redescuentos del Banco Central.
- b) En la Ley de Presupuesto Nacional de 1992 se completa la transferencia de los servicios de salud, asistencia social, educación y cultura a los estados provinciales.
- c) En setiembre de 1992 se firma el Pacto Fiscal por el cual se acota el flujo de recursos coparticipados a un piso mínimo de 725 millones de pesos.
- d) En 1993 se firma el nuevo Pacto cuyos ejes centrales son:
 - * Derogación del impuesto a los sellos a toda operatoria financiera o de seguros destinada a los sectores agropecuario, industrial, minero y de la construcción. El resto de los sectores tendrá exención gradual hasta el 30/6/95.
 - * Derogación progresiva del impuesto a los ingresos brutos para la producción primaria, la actividad financiera y la industria, con exención total antes del 30-6-95. El impuesto a los ingresos brutos debe ser sustituido en el lapso 93-95 por un impuesto general a la venta minorista.
 - * Se elimina el impuesto a los activos del sector agropecuario e industrial.
 - * Derogación gradual hasta el 30/6/95 de los

impuestos sobre los intereses de los depósitos a plazo fijo, los débitos bancarios y la nómina salarial.

- * La alícuota del impuesto inmobiliario se limita al 1,2 % en el caso de la propiedad rural y al 1,5 % en las propiedades urbanas. A su vez se acota la base imponible —tasación fiscal— al 80 % del valor de mercado.
- * Se limitan las cuotas de las tasas municipales de vialidad y mantenimiento de caminos al 0,4 %.
- * Se unifican a partir de 1994 las valuaciones y alícuotas del impuesto a la radicación de vehículos (patentes). Como contrapartida de este acuerdo la Nación aceptó elevar el piso garantizado de la coparticipación federal a \$ 740 millones mensuales a partir del 1/1/94, condonando además la deuda acumulada por las provincias por el pago del piso mínimo garantizado por encima de la recaudación real de los impuestos coparticipados nacionales⁸.

Estos acuerdos comenzaron a hacer sentir sus efectos en 1994 provocando en diversas provincias estallidos sociales debidos a los atrasos en los pagos en que incurrió el sector público⁹. De hecho lo que se logró con estos pactos fue la adecuación del sistema tributario provincial a la regresividad de la estructura nacional, para lo cual se recortan impuestos al capital y se crean otros que gravan el consumo. El Estado nacional, por su parte, se reserva la facultad de gravar la renta y los patrimonios. Se recortan recursos fiscales de las provincias, a cambio de la suma fija de impuestos coparticipados, garantizados por la Nación. La disminución de los recursos provinciales crece a medida que se cumplen los plazos pactados¹⁰.

En esta caracterización que pretende enmarcar las modalidades que adquiere en la actualidad el ajuste en Argentina y la relación Nación-provincias para analizar su impacto en las instituciones que atienden y financian la salud no puede dejar de observarse la situación del empleo público, la incidencia de la presión tributaria, la composición del PBI y la distribución entre los diversos ámbitos estatales de los impuestos percibidos.

La disminución de la recaudación provincial se acompañó de un crecimiento en el empleo público (+18,7 % entre 1990 y 1992), mientras el nivel nacional disminuyó su planta en un 51,9 %. La baja del empleo público nacional se operó, fundamentalmente, por las privatizaciones y las transferencias de los servicios a las provincias. Entre 1983 y 1991 el empleo público provincial creció en un 51 %, en muchos casos porque se usó como paliativo a la crisis de las economías regionales. En la mayoría de las provincias el empleo estatal supera el 10 % de la población económicamente activa, alcanzando niveles del 36,6 % en Catamarca, 34,1 % en La Rioja, 31,2 % en Formosa y 27,2 % en Santa Cruz.

En relación a la incidencia de la presión tributaria, en el lapso que va de abril de 1990 a junio de

1993, se puede ver que los tributos que gravan el Consumo y las Transacciones representan el 72,4 % del total de gravámenes, los que gravan las Rentas el 9,9 %, el Comercio Exterior 7,9 %, el Patrimonio 3,8 % y Otros 6 %¹¹. En porcentajes del PBI los impuestos directos (imposiciones al capital) representaban, para el año 1992, el 1,6 % y los indirectos (imposiciones al consumo y a la producción) el 11,6 %. Estos datos indican una estructura tributaria altamente regresiva. Esta regresividad se incrementó porque los gastos sociales, que implican una forma de redistribución de los ingresos, se vieron afectados en los últimos años por la disminución del PBI, por los procesos inflacionarios y por el aumento del déficit fiscal.

Según los trabajos considerados para este artículo, del análisis del PBI en el período 1980-1992 se observa un estancamiento global con leve recuperación a partir de 1991 lo que determinó la caída de un 21 % en el PBI per cápita. Aumento de la participación relativa de la producción de servicios en relación a la de mercancías (52,8 % a 54,4 %). A partir de 1990 se produce un fuerte crecimiento del sector terciario en detrimento de la industria, la construcción e incluso el agro. El rubro Establecimientos Financieros, Seguros y Bienes Inmuebles aumentaron del 12,9 % al 16,8 % en 1992; Servicios Comunes, Sociales y Personales lo hace del 14,8 % al 26 %, inversamente la Industria Manufacturera desciende del 30,9 % en 1989 al 21,9 % en 1992; las Construcciones pasan del 6,2 % al 5,3 % y el Agro del 9,6 % al 6 %. Estos cambios se deben fundamentalmente al nivel del tipo de cambio, pues al encontrarse fijo en un nivel descendente respecto a 1989, con apertura arancelaria, favorece el crecimiento en dólares de los bienes no transables en el exterior —servicios por excelencia— y que no se ven afectados por los precios de los productos importados.

Al analizar quiénes son los perceptores de los impuestos se aprecia que en 1992 el 11,6 % del PBI lo recaudaba la Administración Nacional, el 4,8 % la seguridad social y el 3,3 % las provincias y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MCBA). En el caso de los estados provinciales y MCBA hay que señalar que el 50 % de los ingresos por impuestos provinieron, en los últimos 20 años, del impuesto a los ingresos brutos (es un impuesto que grava a la producción y al consumo en sus distintas etapas en forma acumulativa); como ya se señaló, a partir del Pacto Fiscal Federal firmado en 1993 este impuesto provincial se elimina progresivamente hasta su desaparición en 1995. Estos datos cobran importancia al relacionarlos con el hecho de que las provincias y municipios financiaban, según datos de 1992, el 86 % de los gastos públicos de salud y que el empleo estatal en las provincias adquiere, como vimos, gran importancia dada la destrucción de las economías regionales.

Sintetizando hasta aquí lo expuesto tenemos la siguiente situación:

- a) Planes de ajuste centrados en la necesidad de pago a la banca acreedora.

- b) El salario deja de ser un componente de la demanda interna para transformarse en un componente del costo de los bienes y servicios que hay que abaratar.
- c) Reducción del déficit fiscal nacional por privatizaciones y transferencias a las provincias.
- d) Nuevos pactos Nación-provincias para imponerle a éstas el ajuste.
- e) Presión tributaria alta y cada vez más regresiva.
- f) Transformación de la composición del PBI por el incremento de las actividades de servicios en detrimento de la producción de bienes.
- g) Marcado predominio de la Nación en la percepción de impuestos.
- h) Alta proporción de trabajadores estatales en las provincias como paliativo a la crisis de las economías regionales.
- i) Provincias y municipios que asumen la mayor parte del gasto público en salud.

Parece necesario considerar ahora las formas en que se financia el sector salud en Argentina: el gasto que realiza la seguridad social, que para el año 1991 se estimaba en 32 % del total del gasto en salud, se financia con los aportes y contribuciones sobre la nómina salarial y sobre las jubilaciones y pensiones. Los primeros son considerados por los empresarios argentinos, avalados por el gobierno, como costo laboral e históricamente fue transferido al precio de los bienes y servicios; en la actualidad el intento es disminuirlos. El subsector público que gasta aproximadamente el 20 % del total, lo recauda de los impuestos que, como se vio más arriba, adoptan un carácter cada vez más regresivo. Finalmente, el 48 % del gasto se realiza privadamente, es decir, que sale del bolsillo de las familias a través del pago de medicamentos, coseguros, consultas y prácticas, cuotas de servicios prepagos, arancelamiento hospitalario, etc.

Los asalariados pagan, entonces, por tres vías su derecho a la salud¹²: a) con los aportes y contribuciones, b) con el pago de impuestos a través del consumo de bienes y servicios y c) por el pago directo de prestaciones y/o coseguros. Los no asalariados lo hacen a través de los ítems b) y c).

Veamos ahora cuál es la situación de los asalariados y de la población en general en relación al ajuste estructural y así poder considerar la viabilidad de sostener un modelo prestacional cuyos costos cada vez más elevados deben ser solventados en proporción creciente por una población que ve disminuir a pasos acelerados sus oportunidades de acceso al trabajo.

Los trabajos citados y algunos otros de reciente publicación¹³ aportan datos relevantes para mostrar los puntos de no sentido del discurso dominante —asimilado por amplios sectores de la población— que propicia la transformación de la salud en un bien de mercado bajo los supuestos de que existe la capacidad de pago y el interés de la seguridad social por contratar los servicios estatales y que gran parte de la población sin cobertura social tiene posibilidades de

pagar las prestaciones que recibe en ese sector o de recurrir al subsector privado.

Los datos de interés son los que analizan la forma en que el bajo nivel de actividad, la inestabilidad y los sucesivos programas de estabilización afectaron el mercado de trabajo, tanto en lo que respecta a las condiciones contractuales como a los niveles de remuneraciones y de actividad, propiciando el desempleo, el subempleo y la precarización laboral con el consiguiente crecimiento y heterogeneización de la pobreza. La importancia de estos datos radica en que permitirán explicitar los procesos de desfinanciamiento de las obras sociales y la creciente demanda de atención en los servicios estatales sobre los que, por otra parte, recaen las reducciones presupuestarias del nivel nacional y provincial urgidos por concretar la disminución del gasto público.

En Argentina el crecimiento del desempleo, el subempleo, la precarización laboral y la caída de las remuneraciones son situaciones que se profundizan desde mediados de la década del setenta. Según datos de 1990 se puede señalar, en lo que hace a la precarización laboral, que más del 20 % de los ocupados del gran Buenos Aires¹⁴ no están registrados como tales. Si a esto le sumamos los subocupados se llega a la conclusión de que casi el 30 % de los activos de esa zona se encuentran en condiciones precarias de inserción laboral¹⁵. Para el total de la masa asalariada tenemos que los asalariados sin ningún tipo de beneficio social pasó de ser el 5 % en 1980 al 25 % en 1991¹⁶.

El pasaje de un modelo industrial basado en el mercado interno, donde el salario era un elemento fundamental para aumentar la demanda, a otro que valoriza el capital financiero y la transferencia de recursos al exterior y, por lo tanto, que considera al salario como un costo, se puede observar en los datos que analizan la distribución de los ingresos: los asalariados pasaron de percibir el 43 % del PBI a principios de 1970, a un 32 % en 1990. La tasa de asalarización pasó del 75 % en 1974 al 69,7 % en 1990 y se vio acompañada por el crecimiento de los trabajadores por cuenta propia (del 18,5 % al 25 % de la población económicamente activa). Este proceso implicó la transferencia de mano de obra asalariada hacia formas de trabajo por cuenta propia, en general en condiciones más precarias, y la reducción del mercado formal de trabajo. Asimismo, se produce el achicamiento del sector industrial en beneficio del sector servicios.

Al analizar los datos que reflejan el problema de la desocupación y la subocupación se observa que las mismas vienen creciendo incesantemente; en octubre de 1994 (la medición la realiza el INDEC en mayo y octubre de cada año) había un 12,2 % de población desocupada y un 10,4 % de población subocupada en el promedio nacional, lo que totaliza un 22,6 % de población con falta total o parcial de trabajo.

Desde el punto de vista de los recursos financieros recaudados por la seguridad social, además de estos datos oficiales de crecimiento del desempleo y del subempleo, parece adecuado considerar la rein-

interpretación efectuada por Monza en el trabajo ya citado sobre el subempleo, dado que éste implica una inserción en el mercado laboral sin vinculación con la seguridad social médica y previsional. Este autor señala que es indispensable medir el crecimiento de la precarización del empleo que abarca según datos de 1992 a 3.914.000 personas (32,3 % de la ocupación total y 30,2 % de la población económicamente activa). Esta subocupación se conforma principalmente con 512.000 campesinos (40 % del total de la ocupación rural del país), 858.000 personas que trabajan en el servicio doméstico (21,9 % de los subocupados y 6,6 % de la población económicamente activa) y 1.450.000 personas que forman el denominado «sector informal urbano» (37 % de los subocupados y 11,2 % de la población económicamente activa).

La mayor desigualdad recayó fundamentalmente en los sectores medios. Las caídas del ingreso¹⁷ así como el crecimiento de la desocupación y la subocupación generó un proceso de crecimiento de la pobreza¹⁸. Este crecimiento se operó diferencialmente siendo los sectores más perjudicados los mayores de 65 años debido a las bajas remuneraciones percibidas a través del régimen de jubilaciones y pensiones y los niños, ya que se estima que entre un 25 y un 30 % nace en hogares con situaciones de alta precariedad. Según estimaciones realizadas en base a la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) había, en octubre de 1992 en el Gran Buenos Aires, un 15 % de pobres estructurales medidos según el criterio de «necesidades básicas insatisfechas» (NBI) y un 12,2 % de nuevos pobres que son aquellos que están por debajo de la «línea de pobreza» (LP)¹⁹, ambas mediciones suman un 27,2 %.

Los datos hasta aquí analizados expresan un cuadro de situación de gran complejidad si la preocupación es la salud de la población dado que el gobierno central, secundado por los gobiernos provinciales, ha hecho de la exigencia de disminuir el déficit fiscal uno de los ejes centrales de su política económica. En la etapa actual del ajuste este es un problema que recae principalmente en los Estados provinciales donde se concentra desde el ámbito público la cobertura de salud. Asimismo, en el ámbito de las provincias la cobertura de la seguridad social está dada, a la luz de los datos de empleo que se analizaron, por las obras sociales de los trabajadores estatales.

La reducción de los gastos de los Estados provinciales implica disminución del empleo público, disminución de los gastos sociales —entre los que salud tiene un papel destacado— y aplicación de impuestos al consumo. Dado los datos arriba presentados lo que parece que se cumplirá con mayor posibilidad es un creciente número de población sin seguridad social que buscará atención en un hospital público con recursos cada vez más exiguos y menos accesible.

Mientras este cuadro se puede plantear para los sectores de menores recursos (cada vez más numerosos) y las provincias, en especial las más pobres, emerge el interés de capitales financieros

extranjeros y nacionales ligados a ellos por la privatización de algunos segmentos del área de salud.

LAS TRANSFORMACIONES ESTRUCTURALES EN ARGENTINA Y SU IMPACTO EN EL SECTOR SALUD

Al impulso de las políticas noeliberales se instalan profundos cambios en la sociedad argentina que impactan en todos los niveles de la vida colectiva. En lo que hace a la salud se produce un cambio radical que implica la transformación de la concepción de la salud, la que deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable para transformarse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir.

Bajo esta última concepción las prácticas sanitarias que adquieren preeminencia son las prestaciones de carácter asistencial-individual por el valor económico que tienen y porque cuando el estado de salud llega a un punto crítico no puede postergarse la consulta con lo que, con o sin seguridad social, el individuo debe hacer frente a esta prestación; a su vez son las únicas prácticas reconocidas para su pago por la seguridad social. Dada esta situación, los ámbitos privilegiados por la gestión estatal en Argentina para imponer este cambio de concepción es el de los servicios públicos de atención a la salud, en especial los grandes hospitales y la seguridad social (se privatizó la previsión social del ámbito nacional y se están realizando múltiples intentos por introducir el capital financiero internacional en la administración de las obras sociales).

En lo que hace a las instituciones estatales de atención a la salud la idea que se impulsa es que obtengan fondos extrapresupuestarios, para lo que se han generado dos tipos de mecanismos legales, uno que obliga a la seguridad social a pagar al sector público las prestaciones que sus afiliados reciben en el mismo (Decreto del Poder Ejecutivo Nacional 578/93, «Hospital Público de Autogestión») y otros que normatizan el pago directo por parte de la población sin seguridad social (estas normas fueron decididas en las jurisdicciones provinciales y municipales porque de allí dependen los hospitales).

Cabe aclarar que en la Argentina las obras sociales cumplieron históricamente un papel financiador de las prestaciones médicas ya que desarrollaron escasamente la capacidad instalada propia y contrataron mayoritariamente la atención de sus afiliados con prestadores privados, aún en momentos en que la crisis financiera las condujo a disminuir prestaciones y a que sus afiliados solicitaran cada vez más atención en el sector estatal. Esto ha hecho que en la actualidad las políticas públicas intenten lograr algún grado de articulación, a nivel económico, entre el sector estatal de servicios asistenciales y la seguridad social.

La necesidad de esta articulación comienza a hacerse sentir a mediados de la década del ochenta cuando se acentúa el desfinanciamiento del sector estatal, motivado en parte por la agudización de la crisis fiscal. En esta etapa se comienza a cuestionar el

papel subsidiario que ese sector asume respecto de la sobras sociales, como así también la capacidad financiera de éstas para cubrir con recursos genuinos la atención de sus afiliados dentro de los parámetros seguidos hasta ese momento (pago por prestaciones cada vez más caras, incremento incesante de la atención de alta complejidad, aumento del costo de los medicamentos, etcétera). Mientras aumentaban los costos de atención, los recursos de la seguridad social se veían reducidos por la caída del salario real, la disminución del empleo asalariado y los procesos inflacionarios. Durante esa década los beneficiarios de las obras sociales (los de menores recursos y los habitantes de los estados provinciales más pobres) solicitaron cada vez más atención en el sector estatal debido a las trabas impuestas por la seguridad social a la accesibilidad (pago de coseguros, trámites complejos, disminución de los beneficios) y por rescisión de los contratos por parte de los prestadores privados por falta de pago. Sin embargo, esto no implicó el pago al sector estatal por parte de las obras sociales.

Paralelamente a este proceso vivido por las obras sociales, los servicios estatales se desfinancian²⁰, con lo que las instituciones de atención de la salud carecían de los insumos más elementales. Este cuadro de situación fue generando la necesidad, sentida por quienes trabajaban en dichas instituciones, de conseguir fondos propios que permitieran mantener el funcionamiento, independientemente de las decisiones de restricción del gasto de las áreas de economía provinciales y nacional.

La crisis financiera favorece, entonces, la conformación de un cuadro donde la fragmentación que históricamente presentó el sector salud en Argentina se ve exacerbado por la búsqueda de soluciones individuales por parte de las instituciones: las obras sociales tratando de desconocer a los prestadores estatales como acreedores y buscando recortar sus gastos mediante transformaciones en los modelos prestacionales y en los convenios con el sector privado. El sector estatal, fundamentalmente los grandes hospitales, intentando cada uno a su manera obtener fondos extrapresupuestarios ya que los presupuestarios llegan cada vez menos y más tardíamente.

En esta situación, donde se desconocen las necesidades tanto de la población como de los trabajadores de salud, las transformaciones propuestas para que la seguridad social pague por las prestaciones que sus afiliados reciben en el sector estatal, tienen como objetivo central la profundización de las políticas de ajuste en el marco de los compromisos de pago de la deuda externa asumidos por el gobierno nacional ante la banca internacional que, como vimos más arriba, requieren de medidas que disminuyan la crisis fiscal vía una mayor contención del gasto.

Estos cambios se impulsan desde el Estado nacional, a pesar de que las instituciones de atención médica dependen, por los procesos de transferencia que se completaron en 1992, de los estados provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. En efecto, a partir de 1976 la dictadura militar

(1976-1983) había acentuado las medidas tendientes a disminuir la participación del nivel nacional en el gasto en salud así como en las restantes áreas sociales; para ello profundizó la política descentralizadora mediante la transferencia de servicios de salud de jurisdicción nacional a los estados provinciales sin las correspondientes partidas presupuestarias. Con los gobiernos democráticos este proceso continuó con las mismas características.

Así es como, en una primera etapa, el nivel nacional disminuyó sus gastos, fundamentalmente por estas transferencias de servicios. En la actualidad asistimos a una segunda etapa en la cual se le está transfiriendo a las provincias la responsabilidad de cumplir con la reducción del déficit fiscal vía una mayor contención de sus gastos, para lo cual se les impuso, con la firma del Pacto Fiscal Federal, una restricción muy importante de la disponibilidad de recursos, al limitarse los que gravan al capital y enfatizarse las imposiciones al consumo, que disminuye paulatinamente debido a las dificultades económicas por las que atraviesa la mayoría de la población.

Estas situaciones estructurales, sumadas a las concepciones que en el plano ideológico fueron consolidando el sentido común de los conjuntos sociales, en especial las que consideran al ámbito sanitario como un mercado más y a las instituciones estatales como un actor de la puja distributiva, sirvieron para que rápida e irreflexivamente amplios sectores del personal de la salud y muchos de los miembros de las corrientes críticas adhirieran a las posiciones posibilistas que llevaron a justificar el pago directo por parte de la población sin seguridad social, la facturación a ésta de las prestaciones que sus afiliados reciben en el sector estatal y que la concepción del uso eficiente de los recursos fuera el centro de los análisis que se comenzaron a realizar de las instituciones estatales de salud y de la seguridad social.

La institucionalización de esta concepción ha conducido al avance de las políticas neoliberales que en la actualidad se profundizan con las normas aprobadas por el gobierno nacional e implican la concentración de los esfuerzos del ajuste en el sector salud, con el consiguiente achicamiento de las instituciones estatales de atención, la conformación de redes con el sector privado en las que éste participará en las prestaciones más rentables y el sector estatal profundizará su papel subsidiario.

Es importante señalar que la consolidación de estas posiciones se aceleran y profundizan a partir de la asunción del gobierno presidido por Menem (1989), ya que el intento de adecuación de la sociedad a la nueva división internacional del trabajo llevada a cabo por el anterior gobierno no tuvo toda la efectividad que requerían los sectores ligados al capital transnacional que hegemoniza la transformación del capitalismo en Argentina, y los grupos económicos locales vinculados a éste. Estos grupos económicos provocaron el golpe económico contra el Plan del Ministro Sorrouille que desencadenó el proceso hiperinflacionario de 1989 y condujo al traspaso anticipado del

gobierno (en el mes de julio) al Partido Justicialista que había ganado las elecciones y debía asumir en diciembre de 1989.

La aceleración en la implantación del proyecto neoliberal que se produce con la asunción del presidente Menem puede comprenderse por la extracción partidaria del mismo, ya que logra el apoyo del sindicalismo aún para aquellas medidas más contrarias al sentir de la burocracia sindical. El menemismo en el poder mina los escasos puntos de resistencia que la dirigencia sindical había opuesto al anterior gobierno²¹ y avanza en las privatizaciones con una velocidad imposible para el gobierno de la Unión Cívica Radical²². Se mantienen aún hoy las pujas entre los sectores del capital que creció a expensas del Estado y el multinacional, en un precario equilibrio que cada tanto estalla en una crisis de gabinete que pronto es superada en pos del avance del ajuste, con el siguiente triunfo de los sectores más concentrados del capital.

Si bien durante la dictadura militar los grupos económicos locales más poderosos aliados al capital transnacional ocuparon la posición dominante en el proceso económico, fue a partir de la democracia cuando pasaron a desempeñar también un papel político, con injerencia cada vez mayor en la toma de decisiones: será a partir de 1989 con la asunción del gobierno menemista que aparece una tendencia a la consolidación de su hegemonía política. El primer efecto sobre la sociedad en particular sobre los sectores populares, fue de inmovilismo y aceptación pasiva dado que este proyecto es liderado por el partido político que durante décadas había encarnado la resistencia a este modelo.

Todos estos desarrollos configuran un «final abierto», lo que significa que aún no están definidos los modelos asistenciales que van a dominar las concepciones para el futuro próximo del sistema de salud en Argentina. Será necesario observar atentamente y calibrar los desarrollos actuales tanto de la seguridad social como de las organizaciones hospitalarias y las instancias de financiamiento en sus múltiples manifestaciones para poder comprender la lógica de las nuevas formas que la sociedad está generando para la atención de la salud de la población, con la intención decidida de intervenir en su conformación.

NOTAS

- 1 La redacción de este capítulo ha hecho uso extensivo de dos trabajos: el presentado por Benjamín Hopenhayn en la Fundación «Raúl Prebisch» de la ciudad de Buenos Aires el 8 de agosto de 1994 titulado «Movimiento Internacional de Capitales y Financiamiento Externo de América Latina» y el artículo de María Alicia Domínguez Ugá «Ajuste e Política Social: A Experiência Latino Americana», publicado en la *Série Estudos Política, Planejamento e Gestão em Saúde* del Departamento de Administração e Planejamento de la Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz en Río de Janeiro.
- 2 Nombre de la ciudad norteamericana donde en julio de 1944 se realizó la reunión de los países aliados en la Segunda Guerra Mundial que intentaban reordenar el funcionamiento de los múltiples aspectos internacionales que habían sido desarticulados por el conflicto. En Bretton Woods se pusieron las bases del reordenamiento *económi-*

co, bajo la égida de los Estados Unidos (el único país verdaderamente triunfante en la guerra), pero los acuerdos alcanzados en Yalta por Churchill, Stalin y Roosevelt en representación del Reino Unido, la Unión Soviética y los Estados Unidos de América, se institucionalizaron de muchas otras maneras cuya síntesis es la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Los acuerdos de Bretton Woods deben analizarse, en consecuencia, a la luz de esos otros aspectos generales del acuerdo, cuyas sustantivas ineficacias abrieron espacio para el período histórico conocido como la «guerra fría».

- 3 La dimensión que tienen los movimientos de capital es difícil de estimar con algún grado de certidumbre. Lo que se conoce como «discrepancia estadística» de las balanzas de pagos que registra y publica el FMI promedió los 50.000 millones de dólares por año durante la última década. Algunos datos que permiten una aproximación: los préstamos bancarios extrafronterizos crecieron 280 % en la última década frente a un PBI que crece 120 % a precios corrientes o 35 % a precios constantes en el mismo período. En cifras absolutas supera los 8 billones de dólares (en nuestro lenguaje, es decir millones de millones, no miles de millones como en norteamericano) frente a un comercio mundial de sólo 3,6 billones. Pero esto es sólo una fracción de los movimientos internacionales de capital. Hagamos una breve lista:

Bonos: 30.000 millones de dólares en 1993. Se septuplicaron en el último quinquenio.

Transacciones cambiarias o de divisas: entre cincuenta y cien veces el valor del intercambio mundial de bienes y servicios reales (según el FMI esta es una subestimación).

Productos *derivados* (futuros, opciones, *swaps*) según el FMI aumentó de 1,6 billones de dólares en 1987 a 8 billones en 1991. Según el comentario del mismo FMI estos vertiginosos crecimientos generan un riesgo administrativo al abrir la posibilidad de los desvíos especulativos de los operadores.

Otro dato que debe ser tomado en consideración es la institucionalidad de esos mercados al notar que uno de los principales inversores institucionales son los fondos de pensión de los países desarrollados. Según el Banco Mundial, en 1988 la inversión neta total de los fondos de pensión de los EUA fue de 726.000 millones de dólares (casi el 50% del ahorro personal total de ese país y el 35% del PBI; en el Reino Unido el 71 y el 47% respectivamente).

Años del endeudamiento en América Latina: 1976 a 1982.

Déficit en cuenta corriente: 11.000 millones en 1976; más de 40.000 millones en 1982.

Reducción a una quinta parte en 1983 y mantenimiento en ese nivel hasta 1990. 1991 casi 20.000 millones que sube a más del doble en 1993.

Cuentas de capital: fuertemente positiva hasta 1981, negativa hasta 1990 y notablemente positiva desde entonces.

Si esto no se aprovecha para incentivar el ahorro interno, aumentar la inversión reproductiva y reconvertir la economía para hacerla más competitiva internacionalmente, el resultado puede ser catastrófico.

- 4 De especial interés nos parecen los estudios desarrollados por el Instituto de Estudios sobre Trabajo y Participación (I.D.E.P.) de la Asociación de Trabajadores del Estado, que dirige Claudio Lozano. Ver: *Informe de Coyuntura. El Plan Brady. Economía y política tras el acuerdo acreedor*, Mayo 1992; *Informe de Coyuntura. La Era Posbrady. Balance de una etapa 90/92*, Febrero 1993; *Informe de Coyuntura. Desindustrialización y gobernabilidad democrática en la Argentina posajuste*, Setiembre 1993.
- 5 Ob. cit.: *Informe... El Plan Brady*, p. 7.
- 6 Ib. p. 18
- 7 Ob cit.: *Informe... La era Posbrady...*, pp. 39 y 40.
- 8 Ob cit.: *Informe... Desindustrialización y gobernabilidad...*, p. 72
- 9 Los primeros meses de 1995 encuentra a la mayoría de las provincias (incluyendo provincias consideradas ricas como Córdoba) sumidas en profundas crisis (bancos al borde de la quiebra, atrasos en el pago de salarios, gobiernos que proponen bajar los sueldos de los empleados públicos,

- amenaza de despidos masivos). El futuro no parece alentador ya que el ajuste de las economías provinciales se está dando a pesar de encontrarnos en pleno proceso pre-eleitoral (las elecciones presidenciales están fijadas para el 14 de mayo).
- 10 lb.: "... se estima que para 1995 Buenos Aires habrá resig-
nado el 20 % de su recaudación propia, Santa Fe el 11 %
y Córdoba el 10 % (...) sin ponderar cuál es el real grado
de sustitución de la recaudación del impuesto al consumo
minorista, en el mediano plazo...", p. 72.
- 11 Ver: lb, p. 69.
- 12 Esta observación fue realizada por el Lic. Claudio Lozano
(Director del I.D.E.P.), durante el Seminario «Pensar en
Salud» organizado por el Instituto de Servicios Sociales de
Tierra del Fuego y la rescatamos por considerarla una
cuestión fundamental a la hora de enfrentar los razona-
mientos de la tecnocracia de salud y de economía que
cuestionan la gratuidad de los servicios estatales de aten-
ción a la salud y la de muchos miembros de las corrientes
«críticas» que parece que lo han olvidado.
- 13 Destacamos la producción bibliográfica siguiente: Minujín,
A. (Coord.): *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de
la crisis en la sociedad argentina*, Ed. Unicef-Losada,
Buenos Aires, 1992; Barbeito A, Lo Vuolo R. *La moderniza-
ción excluyente. Transformación económica y Estado
Benefactor en Argentina*, Ed. Unicef-Losada, Buenos Aires,
1992; Minujín A (editor): *Desigualdad y exclusión. Desafíos
para la política social de fin de siglo*, Ed. Unicef-Losada,
Buenos Aires, 1993.
- 14 En esta zona geográfica residen 7.969.324 habitantes, casi
el 25 % de la población del país según datos del Censo de
Población y Vivienda de 1991.
- 15 Cfr. Minujín, A. «Introducción» en *Desigualdad en ob. cit.:
Desigualdad y exclusión...*
- 16 Cfr. ob. cit.: *Informe... El Plan Brady...*
- 17 Se estima que entre 1980 y 1990 las remuneraciones en el
sector privado cayeron el 20 % y que fue aún mayor en el
estatal aunque para este sector las estadísticas son muy
poco confiables.
- 18 Cfr. Beccaria, L. «Cambios en la estructura distributiva
1975-1990» en ob. cit. ; lb.: «Estancamiento y distribución
del ingreso», en Monza A. *La situación ocupacional argen-
tina. Diagnóstico y perspectivas* en lb.
- 19 El NBI toma un conjunto de indicadores que miden funda-
mentalmente carencias de vivienda e infraestructura sani-
taria, mientras que el indicador LP es una medición que
presupone una canasta básica de bienes y servicios respe-
- tando las pautas culturales de consumo de una sociedad
en un momento histórico determinado. Los nuevos pobres
se caracterizan en general por estar por debajo de la LP
pero no tener NBI.
- 20 Si bien los datos sobre gasto público social como porcen-
taje del PBI no muestran grandes disminuciones, es indispen-
sable considerar que este dato se extrae de los prespues-
tos aprobados por lo que no refleja lo efectivamente ejecu-
tado por los sectores sociales; asimismo, hasta 1992 los
procesos inflacionarios y el déficit fiscal erosionaban el valor
real de los fondos asignados. Las instituciones públicas
recibían las partidas presupuestarias luego de realizado el
gasto, los proveedores en consecuencia cobraban fuera de
las fechas estipuladas lo que implicaban pagos por mayo-
res costos. La excesiva burocracia de los procesos centra-
lizados provocaba que importantes montos del prespues-
to asignado no fueran ejecutados. Actualmente, pese a la
estabilidad, el fuerte control ejercido por el Ministerio de
Economía sobre el gasto público así como los procesos
burocráticos que no se han desarticulado hacen que la eje-
cución presupuestaria sea muy baja. En 1993 el Ministerio
de Salud y Acción Social de la Nación sólo ejecutó el 70 %
del presupuesto aprobado para ese organismo.
- 21 El gobierno del Presidente Alfonsín debió soportar 13 huel-
gas generales, mientras que desde la asunción de Menem,
en 1989, el sindicalismo, en su conjunto, no propició nin-
gún paro de estas características. La única excepción es la
Marcha federal que en 1994 realizaron los gremios ligados
a la Central de Trabajadores Argentinos (CTA)
- 22 Las cifras que muestran el achicamiento en el número de
personal de las empresas públicas a partir de las privatiza-
ciones realizadas desde 1989 son elocuentes de lo que se
afirma. En 1989 (antes de las privatizaciones) trabajaban
en dichas empresas 302.600 empleados; en 1993 (des-
pués de las privatizaciones) trabajan 53.600 empleados
(17,7 %) y se plantean disminuir ese número en 1994. Es
decir, que la masa de empleados solamente en las empre-
sas estatales cayó aproximadamente un 82 %. De estos se
reubicaron en las empresas privatizadas 84.800 y en
empresas concesionadas 26.600 (45 %); 103.100 fueron
despedidos o aceptaron el retiro voluntario (41 %) y 34.500
se jubilaron (14 %). (Datos extraídos del Suplemento Cash
del diario *Página/12* del 20 de marzo de 1994). Cabe recor-
dar los datos de desocupación y subocupación de octubre
de 1994, suministrados por el INDEC, que fueron de 12,2
% y de 10,4 % respectivamente y que totalizan un 22,6 %
de la población sin empleo o con empleo precario.