

## Las Prestaciones Obstétricas: Entre el amor y el temor. (Un análisis desde la micro-teoría de las donaciones).

Alina Esther Báez (\*)

(\*) Investigadora Proyecto POBUR. Secretaría de Investigación y Postgrado. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM.

### INTRODUCCIÓN

A fines de la década del '70, en relación con la atención pública a la salud, van a coincidir dos procesos con propósitos antagónicos. El primero, directamente vinculado con la cuestión salubrista, giró en torno de dos grandes preceptos: la Meta "Salud para Todos en el año 2000" y la "Atención Primaria", como la estrategia clave para alcanzarla. Sobre los mismos se constituyó el Plan Estratégico Global en Salud, centrado en los grupos de población vulnerables o postergados<sup>1</sup>. Mientras que el segundo proceso produjo lo que posteriormente se dio en llamar "Reforma del Estado"; mediante él se llevaron a cabo las profundas transformaciones que, básicamente, redefinieron las fronteras entre el estado y la sociedad, modificando los vínculos entre las instituciones y los actores sociales. Este proceso de "mundialización capitalista" provocó la crisis del modelo del estado benefactor y con ello, merced a los criterios neoliberales, se acotaron los márgenes de elección y decisión autónomas: como si la "vuelta al mercado", y el achicamiento del aparato estatal, fuera el instrumento fundamental para ganar eficiencia y optimizar los recursos<sup>2</sup>. Justamente será esta concepción la que llevará al segundo proceso a situarse en franca oposición a los criterios de *eficiencia, equidad y justicia* propiciados por la Política Sanitaria de la OMS.

En tanto resultado de la aplicación de la nueva

política, sujeta a las prioridades del ajuste fiscal, la salud será re-ubicada como un asunto de competencia del ámbito privado. De modo que, regidos por los principios de descentralización y autogestión, se establecerán diversos mecanismos para el financiamiento y la transformación del Hospital Público. En los hechos, se evidencia una retracción del estado en la asignación de recursos destinados a la atención hospitalaria y un conjunto de esfuerzos realizados en pos de la aplicación de un arancel para las distintas prestaciones. En definitiva, se tomaron decisiones y se instrumentaron medidas que retardan o paralizan la provisión de servicios sanitarios gratuitos, históricamente, destinados a los sectores de la población social y económicamente postergados.

Los pobres de las zonas urbanas -según el Informe POBUR (1996)- viven en barrios marginales y en asentamientos espontáneos ilegales. Tienen un nivel muy bajo de educación, sufren una elevada tasa de mortalidad, tienen familias más numerosas, perciben un ingreso muy bajo, tienen poco o ningún acceso a los servicios sociales. Son víctimas del desempleo manifiesto, y aún más del subempleo. La mayoría de ellos son trabajadores manuales asalariados -empleados en pequeñas empresas- o autónomos; en suma, se encuadran en todas las categorías laborales del sector informal. La asistencia social de los pobres depende del acceso que tengan a los servicios sociales gratuitos, o muy subvencionados, tales como los de la educación o los destinados a la atención de la salud. Respecto de la asistencia sanitaria, para ellos la única posibilidad de provisión de servicios de-

<sup>1</sup> Cfr. OPS (1984).

<sup>2</sup> Cfr. Thawites Rey (1998).

pende del ministerio público, cuya asignación de recursos es recurrentemente exigua; y las instalaciones, por lo general, no dan abasto para proporcionar una atención adecuada. Además sus servicios son a menudo de la peor calidad<sup>3</sup>.

De este modo tenemos, por un lado, la atención a la salud inserta en un proceso de reconversión que la está transformando "de derecho social en mercancía"<sup>4</sup>. Mientras que por el otro, vemos que la principal población destinataria de la oferta de los servicios públicos de salud está siendo obligada a jugar, en desventaja, el juego del mercado; o bien a certificar su indigencia para acceder a un paquete de servicios ínfimos financiado con recursos públicos. Así es que por la aplicación de "criterios de modernidad" -autogestionarios y de descentralización-, muta el rol del Hospital Público afectando negativamente la dinámica del proceso de "salud/enfermedad/atención". Mediante estos cambios, dice un crítico documento de ATE (Asociación de Trabajadores del Estado), sólo se conseguirá "*discriminar y categorizar a la población en: ciudadanos de 1ra. (con capacidad de pago) y ciudadanos de 2da (sin capacidad de pago). ... ¿Cómo garantizar la equidad en las prestaciones?; ¿Cómo no discriminar si se debe certificar la pobreza?*".

De esta suerte el escenario del hospital, lugar histórico de prestaciones gratuitas, en el cual tanto los insumos como los medicamentos requeridos eran aportados por el estado, pasa a ser un espacio de intercambio de bienes (en especial dinero) por servicios. En otras palabras, se inaugura ámbito donde tiene lugar un conjunto de transferencias que ponen de manifiesto la presencia de aspectos referidos a un proceso creciente de mercantilización de la salud, más que a garantizar la provisión de prestaciones preventivas o curativas para todos priorizando los sectores pobres o excluidos.

La inclusión de la dimensión económica en términos de relaciones de intercambio en los

---

<sup>3</sup>Cfr. Mesa Lago (1992).

<sup>4</sup>Cfr. Laurell (1994).

análisis de los sistemas y servicios de salud y en las investigaciones epidemiológicas, es relativamente reciente. Puede decirse que la presencia de dicha dimensión fue impulsada a partir de la difusión del Informe sobre Desarrollo Mundial 1993, denominado *Invertir en Salud*. Una pronta y severa crítica a este documento - dado que se trata de la propuesta programática del Banco Mundial sobre política sanitaria en el marco de los procesos de ajuste- fue realizada por Laurell (1994). Por su parte, desde un enfoque económico, Figueras (1994) elaboró un conjunto de reflexiones sobre la relación entre un nivel de salud mayor y universal, basado en los beneficios de la medicina moderna, y el crecimiento del gasto en la atención a la salud, sin el correlato de niveles descendentes de morbimortalidad. Otros antecedentes se ubican en una perspectiva de la organización y administración de los servicios de salud, buscando mayor eficiencia o ampliando los marcos teórico-metodológicos con la incorporación de enfoques socioculturales y políticos<sup>5</sup>.

Partiendo del concepto de que el sistema social constituye una estructura total en la que la economía es sólo una parte, Boulding (1973), discurrió acerca de como las cosas llegan a reunirse y a separarse; producto de lo cual produjo una ampliación de la teoría económica mediante la incorporación de la teoría de las donaciones<sup>6</sup>. Mediante esta ampliación, la economía de las donaciones no sólo entra dentro del campo de la teoría económica sino que también alcanza una buena cantidad de independencia y unidad. El marco conceptual logrado -agrega este autor- supera el fenómeno de la bene-

---

<sup>5</sup> Cfr. OPS (1992); OPS (1989); Belmartino, Bloch, Luppi y Schapira (s/f).

<sup>6</sup> "El concepto de economía de donaciones tiene mucha más importancia que la meramente académica. En realidad se encuentra en el núcleo de la gran polémica mundial de nuestros días entre las economías de planificación central y las economías de mercado, y entre las sociedades igualitarias y radicales y las que podrían llamarse 'sociedades de empresa', tanto capitalistas como comunistas". (Boulding: 1973:11).

ficencia pudiendo ser significativo en una rama clásica de la ciencia económica como el campo de la hacienda pública y de la provisión de bienes públicos. Igualmente la teoría de la organización constituye otro campo importante para el concepto de la economía de las donaciones; ya que las transferencias internas de recursos entre los distintos niveles y partes de una organización son un elemento crucial en el funcionamiento de las organizaciones de todos los tamaños, desde la familia hasta el estado socialista. En suma esta teoría trata sobre las transferencias de bienes económicos y está dominada por el fenómeno de la escasez, ya que el volumen total de donaciones está limitado por las fuerzas sociales que limitan la cantidad de donaciones; por lo tanto, si alguien obtiene una donación habrá algún desafortunado que no la obtendrá.

Las donaciones, entiende Boulding, son producto de relaciones integradoras y del sistema integrador; pero también son el resultado de la coacción y del sistema coactivo. Proviene de dos motivaciones diferentes y de dos subsistemas diferentes, dentro del marco social más general. Hay, por tanto, dos tipos de donaciones: uno, el regalo, que surge del **amor**; y otro, el tributo, que surge del **temor**. Sin embargo, se dan algunos casos en los que las motivaciones están mezcladas como en el sistema fiscal, de modo que la economía de las donaciones no puede ser dividida en un sector solamente coactivo, y otro, integrador.

En este trabajo se trata de realizar una incursión en torno de los cambios operados en un servicio de prestaciones obstétricas hospitalarias, desde la perspectiva de la micro-teoría de las donaciones, con ambos tipos bien diferenciados. Corresponde hacer notar que la atención a la salud de la madre y del niño constituye el eje principal de la política sanitaria a nivel de los países desarrollados y a nivel de los países subdesarrollados. Entonces amparados en esta jerarquía política nos proponemos describir gruesamente los cambios operados en las prestaciones obstétricas como consecuencia de las medidas adoptadas. ¿Qué coacciones se ejer-

cieron?. ¿Cómo se procedió ante la escasez de bienes muy preciados tales como los medicamentos y/o insumos?, sobre todo considerando que los mismos condicionan las prácticas médicas. Finalmente, nos ocupamos de revelar la presencia de transferencias producto del amor.

## **EL AMOR Y EL TEMOR EN LA MICRO-TEORÍA DE LAS DONACIONES.**

Boulding define una transferencia unidireccional como el paso de la propiedad sobre los bienes del donante al beneficiario, distinguiéndola del intercambio de bienes económicas, que caracteriza la transferencia bidireccional; y ejemplifica este concepto del siguiente modo: si A da algo a B y éste no retribuye en forma de bien económico, entonces, tiene que haber algún tipo de relación integradora entre ambos. En general, advierte, una donación no se distingue fácilmente de un intercambio. Así aparecen algunos casos que más que donaciones parecen intercambios diferidos. Tal el caso de la manutención -en las sociedades tradicionales- de los hijos por sus padres. Mientras que las donaciones que realizan los estados y las éstos reciben, se incluyen mutuamente. Se dan otros casos en los que se transfieren bienes inmateriales, como el agradecimiento que retribuye una limosna; aunque la práctica contable no registra la transferencia de estos bienes, ofrece una distinción práctica clara entre los conceptos de donaciones e intercambios<sup>7</sup>.

Una donación, en tanto relación bipartita simple, incluye un donante y un beneficiario, y conlleva al menos dos decisiones: una, por parte del donante de realizar la donación, y otra,

---

<sup>7</sup> Según las convenciones contables, un intercambio es una redistribución de activos de igual valor entre sus propietarios, pero los valores netos totales de las partes no cambian. Como las medidas contables cubren generalmente los bienes económicos, o "intercambiables", el criterio del valor neto puede emplearse eficazmente para caracterizar como donación a toda aquella relación bilateral en la que un bien intercambiable pasa en una dirección sin tener otro como contrapartida en la dirección opuesta, aunque pueden haber bienes intercambiables que pasen entre las dos partes. (Boulding: 1973).

por parte del beneficiario de recibirla. Sin bien la decisión del donante puede parecer la más significativa, no es menos la beneficiario. Además pueden haber elementos de coacción tanto en la decisión de dar como en la de recibir, de ahí que una donación puede ser resultado de la benevolencia o de la amenaza.

De acuerdo con las motivaciones que generan las transferencias unidireccionales, cabe distinguir dos categorías bien diferenciadas: regalos y tributos. Siguiendo a Boulding, un regalo puro es una expresión de la benevolencia. Al desprenderse del regalo, hay en el donante una identificación con el bienestar beneficiario. En un sentido técnico-contable, un regalo representa una transferencia de valor neto del donante al beneficiario. Por lo cual, puesto en términos de "contabilidad de la utilidad", la pérdida de utilidad del donante que resulta de su separación del regalo se supera con la ganancia de utilidad que surge de la contemplación del aumento del bienestar del beneficiario. En otras palabras, *un donante puede estar mejor situado al hacer un regalo si su bienestar aumenta más al contemplar el aumento del bienestar del beneficiario de lo que le disminuye al contemplar el descenso en el valor de su propio valor neto.*

En el polo opuesto al regalo se encuentra el tributo; donación realizada a causa del temor y bajo coacción. De modo que en la figura del tributo no existe la benevolencia; de ahí que una coacción se exprese -en términos de Boulding- como "*haz algo que deseo o haré algo que no deseas*". La forma extrema es la del bandido que increpa "*la bolsa o la vida*"; que se traduce en: doy al bandido mi dinero y él me da mi vida

A pesar de la importante función que juega la coacción en el desarrollo de un sistema de donaciones, el elemento integrador es el regalo. El mismo, en última instancia, constituye lo que domina y determina tanto la extensión total de la economía de las donaciones como sus patrones y estructura. Esto es quién da qué y a quién, y cuándo.

## LAS MANIFESTACIONES DEL AMOR.

La reciprocidad puede definirse como donaciones mutuas o par de donaciones. Aunque implica una transferencia bidireccional de bienes, presenta aspectos integradores que el intercambio no posee. En la reciprocidad, se manifiesta uno de los aspectos más importantes de la economía de donaciones cual es la constitución de estructuras y comunidades integradoras; en consecuencia surgen grupos de personas o instituciones que tienen sentimientos de identificación y benevolencia mutuos.

En tal sentido puede considerarse un convenio entre la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la UNaM (Universidad Nacional de Misiones) y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, celebrado con el objeto de elaborar medicamentos base (analgésicos, antibióticos, etc.) destinados a la red de efectores sanitarios. El compromiso asumido por la Facultad se tradujo en el aporte de la capacidad técnica para lograr el objetivo; esto incluyó la afectación de docentes y la selección de estudiantes avanzados de la carrera de Farmacia. Mientras que el Ministerio asumió el pago de becas para desarrollar prácticas en laboratorio. De modo que mediante una transferencia recíproca de bienes y servicios se logra una producción aceptable de medicamentos de entrega gratuita, y se promueve la capacitación especializada de recursos humanos. Pero además, resulta interesante destacar que sobre la base de la relación primigenia y de transferencias recíprocas "facultad-ministerio", se han incorporado otros beneficiarios -becarios, favorecidos doblemente por el pago y la oportunidad de capacitación, y los pacientes-, logrando, en consecuencia, un mecanismo multiplicador propio de las donaciones multipartitas. En este caso, se observa claramente una de las estructuras principales de estas relaciones: la jerarquía, cuya organización está asentada sobre transferencias y comunicaciones unidireccionales.

Como resultado de este acuerdo, en el Servicio de Obstetricia está instalada una farmacia que debe responder a la demanda de manera



inmediata. Respecto de las modalidades operativas establecidas, recogimos que:

*" ... Allí trabaja una becada. A ella se le entregan diariamente las recetas, por paciente, ... y nos provee la medicación ... Se ocupa de abastecernos para atender a todas las pacientes; y, además, de prever la cobertura para casos urgencias y el requerimiento de los fines de semana. Cuando escasea la medicación, se le entrega la receta a la paciente o al familiar. ... Sin embargo no siempre responden, ... ni siquiera algo traen ... . Por el achicamiento faltan insumos, pero nosotros recurrimos a todo lo que está a nuestro alcance, salimos a pedir a otros servicios o a la solidaridad pública. Cuando no se consigue, por salvaguarda, el personal de enfermería está instruido para delegar la responsabilidad al familiar. ... Donde se pone más esmero es en aquéllas pacientes que revisten real gravedad. O sea que el esfuerzo está puesto cuando el caso merece atención".*

De las muchas historias que se cuentan en torno de la falta de medicamentos y sus consecuencias, una dice que hoy día " ... hay un juicio porque la no administración de antibióticos provocó la muerte de una puerpera. ... Para colmo enfermería había asentado en la historia clínica. ... Sabemos que esto fue un elemento importante de la causa".

Se dan casos en se requieren medicamentos muy costosos, en los cuales la cooperación entre Servicios del Madariaga no alcanza; por ejemplo cuando entre las madres y los hijos recién nacidos se presenta incompatibilidad sanguínea. A ellas se les debe administrar dentro de las 72 horas de producido el parto una medicación denominada "partograma inmunoglobulina para puerpera o aborto". Pero este medicamento no forma parte del vademecum de la farmacia del Ministerio, por lo que las pacientes se ven obligados a conseguirlos afuera. Con frecuencia se desata una verdadera carrera contra el tiempo, son los casos en que la úni-

ca salida consiste en recurrir a la solidaridad pública. Por lo tanto sólo son obtenidos por medio del interés y de los sentimientos de benevolencia que logren despertar puertas afuera de la institución hospitalaria.

A la vista de este panorama, es interesante reparar en unos personajes que durante la mañana, formando grupos de tamaño diverso, se reúnen en la explanada de la entrada principal del Madariaga. Desde ahí inician su recorrido, circulando incesantemente por los distintos servicio, maletín en mano. Son los visitantes médicos, llevan consigo una preciada carga: las **muestras gratis** de un sinfín de medicamentos. Sin embargo su destino no está necesariamente dirigido a satisfacer la necesidad de los pacientes, o acrecentar las reservas del Hospital, sino a los armarios de los médicos. Sucede que "en este lugar, (los diferentes servicios y consultorios del hospital), se... los encuentran a todos,... juntos". Por otra parte, -dicen- aquí evitan ser causantes de lucro cesante, y "se despejan los tiempos de atención en el privado". En la sala de internación de pre y post parto, el personal de enfermería entiende que la mercadería que entregan los visitantes médicos "... para los pacientes internados, seguro, no es. ... Si el médico, en la consulta, les da a sus pacientes ... no estamos enterados ...".

En el lado opuesto de los visitantes médicos, aparecen, aunque de manera infrecuente, algunas damas que acercan escarpines o remanentes de medicamentos; no los distribuyen personalmente; dejan en el office de enfermería para que luego, este personal, los reparta. Aquí la motivación por la donación parece estar más cercana a la obra de caridad, o búsqueda de bienestar espiritual o indulgencia. Los enfermeros más antiguos recuerdan que antes había una presencia asidua de mujeres que venían a colaborar con el Servicio. Su labor se centraba en los cuidados de los recién nacidos y también rezaban con las mamás. "Eran personas de buena voluntad". Actualmente también vienen,

*" ... pero muy de vez en cuando. Con regularidad y de forma institucionalizada, como cuando estaba COPANI,... no. Ahora*

*tenemos que andar pidiendo colaboración a \*\*\* (supermercado) para que nos donen carritos para trasladar los elementos de curación, medicamentos o ropa. O a \*\*\* (organismo oficial) para que nos compre una TV para hacer educación incidental,... pero hasta ahora no tuvimos ninguna respuesta".*

El personal del Servicio entiende que con las alumnas del Colegio Santa María *es diferente*. Una vez al año traen ropita y pañales para los bebés y los distribuyen cama por cama, a cada mamá. " ... *A todas les dan algo, sin distinción*". Sin embargo, tanto las transferencias de las señoras como las de estas alumnas se encuadran en el concepto de regalo. En otras palabras, se trata de una donación que apunta a aliviar algún sufrimiento o cubrir, parcialmente, una necesidad. Pese a que no existe una organización con estructura clara, se manifiesta un sentido de comunidad que une al donante y a los beneficiarios.

Los que sí asisten diariamente a las puerperas, son los de una reconocida marca de pañales descartables, dejan dos por cada cunita; ellos también contribuyeron con 15 relojes de pared, que fueron ubicados en distintos sectores del área de internación. Esta donación aparece a todas luces como un regalo condicionado a que el beneficiario realice algo que el donante aprueba: incorporar el uso cotidiano de pañales descartables de esta marca. A la larga, la adopción de los pañales por parte de las madres revertirá la donación en intercambio.

Finalmente, nos queda pendiente hacer referencia a la labor de dos mujeres que realizan una tarea muy significativa en la economía de las donaciones: la donación de trabajo o provisión voluntaria de servicios personales gratuitos. Este aspecto, dice Boulding, cubre un campo muy amplio de la vida social; y cuantitativamente puede ser el mayor elemento individual de la economía de donaciones (aunque declara no conocer ninguna agregación estimada de su magnitud total). La acción voluntaria incluye actividades tales como colaboradores de todas las edades para ayudar en hos-

pitales, trabajadores religiosos, trabajos realizados por secretarios y funcionarios honorarios en innumerables organizaciones, consejeros no pagados en ciudades, ayuntamientos, etc.

En realidad, no resulta fácil demarcar dónde

termina el trabajo voluntario y comienzan las actividades del tiempo de ocio. Empero, se asume que la acción voluntaria es la actividad ideal para beneficiar a algún otro; mientras que la actividad de tiempo de ocio apunta a beneficiar a la persona que la realiza. Las motivaciones para realizar un trabajo voluntario pueden ser: a) satisfacción personal en realizar la tarea, o b) la benevolencia. En el primer caso, la significación de la motivación radica en que quién la realiza decide por sobre la mera ociosidad y el aburrimiento. Mientras que en el segundo, hay una identificación con el bienestar de la parte que se beneficia con la donación de trabajo. En este sentido, para Boulding, prestar un trabajo no es muy distinto a dar dinero, especialmente si conlleva un sacrificio de ganancias por parte del dador, y un aumento del bienestar para el beneficiario. Más adelante, agrega, como todas las donaciones, las de trabajo se realizarán si las "relaciones de intercambio de utilidad" percibidas son mayores que la unidad. Más precisamente, si la utilidad derivada de la propia actividad, más la contemplación de los beneficios para las personas con las que se identifica el dador, y hacia las que es benevolente, excede el coste de utilidad que conlleva el sacrificio de los usos alternativos del tiempo y su producto. En definitiva, habrá más trabajo voluntario cuanto más placentera sea la actividad en sí misma, cuanto más se perciba como efectiva para aumentar el bienestar de otros, cuanto mayor sea la tasa de benevolencia y cuanto menor sean los usos alternativos del tiempo.

En el Madariaga, el trabajador voluntario, tradicionalmente, se ocupa de las actividades orientadas a la atención de los pequeñitos alojados en la "sala de engorde", del Sector de Neonatología. Ellas cuentan que iniciaron esta actividad como una forma de emplear un tiempo libre que por razones diferentes y de un día

para el otro dispusieron en sus vidas. En un caso, fue porque se acogió a los beneficios de la jubilación. En el otro, porque perdió el empleo. Ambas repentinamente se encontraron con tiempo desocupado y la posibilidad de decidir sobre el mejor uso del mismo. Lo cierto es que pasan algunas horas de la tarde, dos o tres veces por semana, atendiendo a recién nacidos que habiendo superado las causas de "alto riesgo", transitan las instancias finales de su tratamiento -basado en la regularidad de la alimentación- para el alta. Pero esta tarea no les impide hacer otras cosas, como por ejemplo acercarse a las internadas en pre-parto, o las púerperas con niños sanos.

Durante el contacto con estas mujeres, las voluntarias van detectando necesidades o recogiendo pedidos de variada naturaleza, desde elementos imprescindibles para sortear convenientemente la singular circunstancia que están viviendo, como ser jabón, antisépticos, algodón o ropas hasta dinero. En particular, *"... la falta de camisones y bombachas resulta un verdadero problema. ... Estas mujeres ingresan a la sala de internación con la misma ropa que traen puesta; igualmente vestidas, cursan los días de internación ... y sin haber podido lavar (se refieren a las prendas personales y vestidos), ... se van."*

Para conseguir los efectos personales o los materiales demandados, convocan a la solidaridad dentro de sus grupos sociales más directos. Reúnen ropa interior en desuso, sábanas viejas, ropa de adultas y de bebés; por ellas nos enteramos no sólo de la diversidad de lo requerido sino también de las estrategias que desarrollan para satisfacer los pedidos:

*"... No contamos más que con nuestros propios recursos; que no son necesariamente dinero. Nos movemos con nuestras amistades, con las monjas y muy pocas veces con los políticos y las instituciones oficiales. ... En varias oportunidades nos encontramos en busca de un par de zapatos para estas mujeres que tuvieron que ser trasladadas repentinamente del interior y las trajeron descal-*

*zas. ... Resulta que de la camilla, las pasan a la ambulancia, y ... allá quedaron sus zapatos".*

En otras ocasiones así como vienen descalzas, llegan sin que la familia sepa ni su paradeo ni su suerte. Esto ocurre porque son derivadas a Posadas, por alguna complicación que amerite el traslado, siguiendo la norma del sistema de atención. De modo que ellas quedan sujetas a las rutinas instituidas para el traslado de pacientes a un centro de mayor complejidad, en las cuales parece que poco importa la notificación a los familiares. Lo cierto es que, según nos refieren, estas mujeres quedan a merced del resultado de las gestiones para el transporte (ambulancia en buenas condiciones, disponibilidad de combustible, etc.). Terminan atrapadas en la dinámica de la burocracia y con frecuencia impedidas de dar aviso a sus esposos o familiares. Es entonces cuando las voluntarias, si es posible, se ocupan de brindar el servicio de comunicación telefónica, o contactar a las trabajadoras sociales para hacerlo por la vía de la institución.

Pero la tarea no concluye ahí. También tratan de conseguir ropa de cama y hule para cubrir los colchones. El afán puesto en la consecución de estos elementos se fundamenta en la profusa cantidad de líquidos que, por el propio proceso del post parto, el cuerpo pierde. Hecho que exige cambios muy frecuentes de sábanas, y colchones protegidos. Esta situación se agrava porque es frecuente encontrar a más de dos púerperas ocupando la misma cama, se favorece así -dicen las enfermeras- la conformación de *"una importante fuente de contagio de enfermedades infectocontagiosas, como la sífilis"*.

Las voluntarias mantienen una vinculación muy estrecha con las monjas del hospital, que se inició hace tiempo con la tarea de acopio de ropas. En realidad, tanto los sacerdotes, pero en especial las monjas, desde siempre desarrollaron las tareas de asistencia espiritual en el Madariaga. Ahora, con la incorporación de las voluntarias, lograron ampliar la base de la ofer-

ta de donación de trabajo. Esto significa que además de dar los sacramentos, colaborar en el engorde de los recién nacidos prematuros o de bajo peso, conseguir pasajes, ropas, medicamentos e insumos, hacer llamadas telefónicas, se ocupan de brindar alojamiento a los pacientes con tratamiento ambulatorio prolongado, o a los familiares de pacientes con internación extendida.

Para ello cuentan con el Hogar de Tránsito "Santa Madre Teresa de Calcuta", fundado hace 10 años. La idea nació del Padre Jaime Worwerk, para satisfacer la necesidad de hospedaje de las puérperas del interior de la provincia, que se veían obligadas a permanecer junto a sus hijos recién nacidos internados para amamantarlos. Con el tiempo el Hogar terminó alojando indistintamente a varones y mujeres, independientemente de la edad. Es interesante hacer notar que una de las voluntarias integra la Comisión Directiva de esta entidad sin fines de lucro.

El Hogar está situado a escasas dos cuadras del Madariaga, los requisitos para alojarse implican un trámite muy sencillo; el mismo consiste en presentar una orden del médico que justifica el motivo de una permanencia prolongada, más el documento de identidad. La sola condición de albergado suma la comida diaria. Esta proviene del comedor del Hospital, e incluye desayuno, almuerzo, merienda y cena, que puede consumirse en el Hospital, o retirarse para comer en el Hogar.

Aunque, como ya se dijo, no siempre es fácil decir dónde termina el trabajo voluntario y comienzan las actividades del tiempo del ocio, la donación de trabajo de estas dos mujeres parece responder más a una identificación con la parte que se beneficia de la donación del trabajo, que a la satisfacción propia por la tarea realizada.

Pero además se ha constituido un equipo - voluntarias y religiosos- que opera a la manera de una estructura integradora, con sentimientos de identificación y benevolencia mutuos.

## LAS MANIFESTACIONES DEL TEMOR

En el tributo no existe benevolencia; muy por el contrario, en palabras de Boulding, es mucho más probable que estas transacciones -impuestas por la coacción y el temor a las consecuencias-, produzcan malevolencia, aunque no exista de antemano. La malevolencia puede desempeñar un papel significativo en la relación de la donación; en particular, cuando se percibe en otro un empeoramiento de status que para uno representa una utilidad positiva. Empero, en ciertos casos, el tributo puede no ser un resultado de la malevolencia, sino que se realiza porque nos identificamos con el objetivo de la autoridad recaudadora: por ejemplo aceptar el pago de impuestos.

Una de las manifestaciones más concretas de los cambios coactivos operados en los servicios oficiales de atención a la salud, en el marco de las reformas del estado, fue la instauración del arancel. Aunque el proceso de preparación de los marcos legales y reglamentarios del arancelamiento para la totalidad de los establecimientos hospitalarios provinciales se inició en el año 1992, en el Madariaga el cobro por los servicios prestados se pone efectivamente en práctica en el año 1995. En relación con esta decisión, y las modalidades operativas instrumentadas, se pueden distinguir dos períodos bien diferenciados. Uno, reconocido como de "arancelamiento compulsivo", se extiende desde el año citado hasta mediados del año 1998. El otro, que comienza en agosto del '98, y a la fecha continua, está especificado por un relajamiento de la presión por cobro del tributo. Es decir que ya no se exige el pago por las prestaciones recibidas, sino que " ... se invita a contribuir a voluntad con el Servicio".

El primer período se caracteriza por un fuerte constreñimiento de la administración sobre los pacientes, más allá de sus estados mórbidos, en pos de lograr una mayor recaudación. Las denuncias presentadas por quienes resultaron afectados por este cobro indiscriminado desató una polémica, con trascendencia pública, entre los funcionarios de primer nivel político del área sanitaria y los diputados de la oposición. Tal si-



tuación llevó al Ministro de Salud Pública a admitir la existencia de la problemática y, además, reconocer los efectos negativos sobre algunos usuarios. En declaraciones periodísticas, el funcionario se expresó en los siguientes términos:

*"El cobro se hace sin tener en cuenta la situación socioeconómica de los pacientes. ... Me molestó la discriminación que se hizo con el bono de colaboración en el Hospital Madariaga, porque el más humilde o necesitado, si no lo pagaba quedaba último en la cola o no era atendido". (El Territorio: 14/05/98).*

Acerca de la modalidad instrumentada, agregó, que se trata de una "transgresión a la Ley de Hospital Público de Autogestión". Ello en razón de que el Art. 4to. del Decreto Nro. 2348/94, reglamentario de la Ley 2925 y su modificatoria 3093, estipula que:

*"Estarán exentos del pago de los aranceles los usuarios que reúnan las siguientes condiciones:*

- a) que no tengan cobertura asistencial alguna*
- b) que el grupo familiar perciba ingresos totales que no superen dos sueldos básicos para la Categoría Mínima del Escalafón General de la Administración Pública Provincial."*

Para distender la situación que estos hechos provocaron, se tomaron decisiones importantes. Entre ellas se cuentan el relevo del responsable de la Dirección del Madariaga y la instrumentación del "arancelamiento voluntario". Con la adopción de esta modalidad de cobro por los servicios sanitarios, se inicia el segundo período, que muestra como rasgo más saliente la centración de la coacción en los pacientes extranjeros<sup>8</sup>. Esto justificado por el personal profesional del Hospital en que *"... antes éramos ricos. ... Ahora queremos recuperar el gasto para los argentinos"*.

En la actualidad, la vigencia del arancelamiento en los diferentes servicios se expresa

en un cartel que advierte:

*Sr. Paciente:  
Este Hospital está arancelado.  
Si Ud. tiene obra social debe presentar:  
- credencial de afiliado  
- último recibo de sueldo  
- DNI*

Esta inscripción refleja el principal objetivo del plan de arancelamiento: posibilitar la atención de pacientes con obra social pero también recuperar el gasto que los afiliados ocasionen al hospital público. En caso contrario dicen los responsables de la administración *"... estaríamos subsidiando a las obras sociales ..."*.

Sin embargo, frente a la ventanilla de la administración del Servicio, las pacientes con cobertura de obra social se confunden con las que responden positivamente a la invitación de contribuir mediante el pago del bono de colaboración. De modo que por un lado, aunque menos intimidante, la persistencia de cambiar servicios por dinero continúa. Pero por el otro, la voluntad y capacidad de pago que demuestran algunas pacientes encubre a las obras sociales. En realidad, opinan los entendidos

*"... sucede que recién en el ámbito de la consulta es cuando las mujeres exhiben la orden y el recetario de la obra social ... . Queda en manos de los médicos. ... Se han dado casos en que las órdenes aparecen en las planillas de rendición particular .... Favorece lo que se da en llamar 'subsidio profesional'; y en el peor de los casos, cuando la orden no aparece, se subsidia a las obras sociales"*.

En la atención ambulatoria, la encargada administrativa cumple dos funciones:

1- otorgar el turno por orden de llegada y 2- ofrecer el bono de colaboración.

Para conseguir los turnos de consulta, la ventana se abre al público a las 6 de la mañana; pero la cantidad de consultas queda restringida por la capacidad de atención que tiene el Servicio: 6 consultorios externos. Dos para "control

<sup>8</sup> Cfr. Sintés y Báez (1999)

del embarazo"; y los otros cuatro que se reparten para "planificación familiar"; "perinatología"; "control del niño sano" y "control de admisión para el parto", respectivamente. Todos funcionan solamente en horas de la mañana. Por lo tanto la gente se ve obligada a concurrir diariamente con excesiva antelación. De manera que es frecuente ver una importante congregación de pacientes que amanece a las puertas del Servicio. Tal situación dio lugar a un conjunto de reclamos, tomado por los principales medios de difusión, que logró como respuesta el compromiso de extender el horario de atención habilitando turnos por la tarde, e instrumentar "atención programada". Esto último significa que las embarazadas podrán reservar sus turnos por teléfono. En general, la salida parece interesante; sin embargo se recogen opiniones pesimistas fundadas en el conocimiento de la idiosincracia de la concurrencia habitual del servicio,

*"... pero cómo se van a arreglar las que no tienen teléfono o no saben utilizarlo. ... Además a la tarde aquí no pasa nada, no hay trabajadora social, no hay farmacia, no hay mantenimiento ...".*

En relación con la segunda función, la oferta del bono de colaboración, se justifica en que *"... nosotros no exigimos, sino que invitamos a contribuir con el Servicio ..."*.

Así ante 'la caja' se pueden reconocer, en las pacientes, al menos tres comportamientos: 1) las que pagan el bono; 2) las que no pueden pagar, y 3) las extranjeras. En la práctica, ahí en la ventanilla, la empleada administrativa decide a ojo sobre quién presiona más; *"... por el aspecto ... si traen poco abrigo, y a simple vista salta que son humildes ... no les cobro. ... Hace unos días vino una estudiante universitaria brasilera, en cuanto me contó su situación, yo la anoté nomás y la dejé pasar..."*.

En cuanto a la respuesta de la gente a la invitación de pagar el bono, paradójicamente la más humilde es la que menos resistencia demuestra; *"... tuvimos casos de personas que*

*vienen con celular y te dicen que no pueden pagar"*. El costo varía según la prestación que se demande: consulta; monitoreo fetal o papanicolau; o planificación. La consulta tiene a su vez tres versiones: \$1; \$3 y \$5. De éstas, la que mayor adhesión concita es el primero. En rigor, el resultado de la recaudación es magro,

*"... por la consulta se obtiene poco; con los partos ocurre lo mismo. Posiblemente porque se redujo mucho la demanda de pacientes procedentes del Paraguay."*

Según ilustra un letrero ubicado en el área de internación, las paraguayas deben oblar "anticipadamente" por un parto \$300; para ellas no existe la posibilidad de gestionar el "certificado de indigencia". Pese a estas formalidades y obligaciones, no hay manera de forzarlas a pagar cuando declaran no poder hacerlo y aunque existe una orden informal de obstaculizar el egreso, *"... no conviene retenerlas; ... más días de internación generan más gasto al Servicio ..."*. Otra manera de coaccionar el pago por la atención recibida consiste en amenazarlas con la privación del "papel rosado"<sup>9</sup>, pero al final se termina cerrando el trato por el monto de dinero que disponen para aportar. *"... Lo que pueden dar, se les cobra ..."*.

Las prácticas de "monitoreo" o "pap", se cobran \$1 cada una; *"... pero de 20 pacientes en el mejor de los casos pagan 5"*. En planificación familiar, las pastillas anticonceptivas se venden a \$1,40 la caja, mientras que la colocación del DIU -con dispositivo incluido- sale \$15. Estas últimas *"... son las prestaciones que andan bien y aportan la mayor parte del dinero recaudado. ... La recaudación mensual ronda los \$2.100. Aunque hay meses en que si juntamos \$700 nos conformamos"*. Lo cierto es que con el arancelamiento de las prestaciones obstétricas se pudieron resolver en algu-

<sup>9</sup> El papel rosado es la certificación del nacimiento, y es la documentación exigida para tramitar la identidad del recién nacido.

na medida el déficit de provisión de insumos muy básicos. Con los fondos obtenidos se han comprado elementos tan necesarios como guantes, antisépticos, material descartable, etc; igualmente alcanzó para adquirir un aparato de aire acondicionado y un fax destinados a la administración de enfermería.

Hay dos cuestiones más a tener en cuenta; ambas expresamente señaladas en el citado Decreto Reglamentario. La primera hace referencia a las prestaciones excluidas de pago; sobre el particular en el Art. 3ro. se identifican las siguientes:

- a) las destinadas a la promoción y protección de la salud;
- b) las destinadas a atender enfermedades cuyo control propicie el Ministerio de Salud Pública;
- c) las inmunizaciones.

En tanto que la segunda cuestión, contenida en el párrafo final del Art. 4to, reglamenta la atención de urgencia afirmando que

*" ... serán atendidos exclusivamente en función de ellas y sólo después de superado todo riesgo inmediato se procederá en función de lo dispuesto en párrafos anteriores".*

De dichas cuestiones básicamente se desprende que la atención a la salud de la madre y el niño -cuyo programa de promoción data de los años '60- debería circunscribirse dentro de las "prestaciones gratuitas". No obstante, el Servicio de Obstetricia del Madariaga fue el primero en arancelarse. Los costos fijados para las prestaciones corrientes en la atención del embarazo y el parto fueron los siguientes: la consulta por control de embarazo, \$2; una rutina de laboratorio \$30; la atención del parto \$150 -este rubro ascendía hasta \$300 si el parto resultaba por cesárea-. De las épocas más dura el personal de enfermería recuerda que:

*" ... las embarazadas venían y se quedaban en la entrada del Hospital, cursando el trabajo de parto hasta que no daban más.*

*Entonces podían entrar por "Emergencia", así no tenían que pagar".*

Aunque la estrategia adoptada por las mujeres de menores recursos les ha permitido sortear el pago de la tributación exigida, generaba efectos secundarios indeseables que, además, terminaban requiriendo intervenciones más costosas. En la opinión de los médicos, en tales casos *"... las complicaciones debían ser atendidas sobre la marcha. Y lo que es peor arriesgándose seriamente la vida de la madre, del hijo o de ambos. ... Si el recién nacido sobrevivía, seguro que terminaba siendo paciente de cuidados críticos, en neonatología".*

Actualmente, amén del que informa que el Hospital está arancelado, se observan dos carteles más. El primero notifica a la embarazada tanto el tiempo que dispone para documentar a su hijo cuanto el costo que la tramitación representa. El segundo, en cambio, advierte cuáles son los elementos que obligatoriamente deberá aportar al momento de su internación. De este modo toda persona que deba deambular por los consultorios externos para el control de embarazo o de admisión para la internación por el parto, se enterará que para documentar "a un bebé" se dispone de CUARENTA DIAS; y que el trámite costará \$ 15. En caso de no poder pagar " ... puede presentar **CERTIFICADO DE POBREZA**". Pero certificar la pobreza implica entrar en una gestión que complica aún más la propia situación de parturienta. Esto en razón de que el personal responsable de extender la certificación, atiende en horario reducido: sólo por la mañana y en horario de 8 a 11 hs.

El segundo cartel pone en evidencia un aspecto importante relacionado con la insuficiencia de los recursos básicos, que condicionan las prácticas médicas y que tradicionalmente han sido aportados por el Hospital.

Específicamente el cartel dice:

**Sra. Mamá:**

Estos elementos son obligatorios para su internación:

- 1) Un paquete de algodón de 500 g.
- 2) Un dador de sangre (cualquier grupo y factor)
- 3) Ropita para su bebé y pañal descartable
- 4) Un camisón o similar
- 5) Elementos de higiene (toalla, jabón, dentífrico, cepillo de dientes, etc)
- 6) Medicamentos de acuerdo a la necesidad en su internación.

Servicio de Maternidad  
Hospital Madariaga

Frente a una situación que rompe con una característica tradicional de los hospitales públicos, la necesidad diaria e imperativa de insumos, que van desde sondas, algodón, gasa, antibióticos y sueros hasta analgésicos, denota aspectos que influyen directamente en la calidad de la prestación. Esta falta de insumos ha llevado al extremo de tener que suspender la programación de cirugías. Las explicaciones dadas por los médicos se basan en que no pueden trabajar por la carencia de elementos tan básicos como guantes o antisépticos; una expresión médica corriente, especifica que "*... no hay con que tratar a los pacientes.... A pesar de mi especialidad, me da lástima tener que cumplir mi horario tomando mate ...*".

Por ello, los insumos hospitalarios básicos y los medicamentos toman la forma de bienes escasos; que a pesar de la contribución en dinero que se pueda aportar por la prestación, nadie asegura que los elementos estén disponibles cuando se los necesiten. Más bien, como el cartel indica, deben ser provistos por las pacientes para garantizar una atención oportuna y eficiente.

## COROLARIO

Puestas las prestaciones obstétricas en la perspectiva de la micro teoría de las donaciones, observamos que las manifestaciones más evidentes del amor se encuadran en un concepto básico de la donación relacionada con el fenómeno de la beneficencia realizada en pos de la

indulgencia. Aunque en el pasado éstas tenían una presencia regular, constituyendo una actividad habitual de ciertos sectores de la sociedad posadeña<sup>10</sup>; en la actualidad los esfuerzos realizados en esta dirección cobran una relevancia distinta por la marcada escasez de recursos hospitalarios y por las necesidades, cada vez más crecientes, de la gente.

Las donaciones de trabajo -muy significativas en la economía de las donaciones-, cobran más consistencia en la sumatoria de la tarea de las voluntarias, los religiosos y la obra del Hogar. Esta acción aparece claramente como un ejemplo de lo que Boulding considera una transferencia unidireccional por la cual pasa la propiedad de bienes de índole "económica", del recipiente al beneficiario, sin que éste entregue a cambio nada en la misma forma; lo interesante es que se establecen relaciones integradoras entre ambos. La eficiencia de estas donaciones radica en que a cambio del sacrificio de horas de ocio para conseguir alojamiento, engorde de un neonato, o brindar alojamiento, en última instancia se está alcanzado la satisfacción de necesidades estrechamente vinculadas con la sobrevivencia humana.

En el polo opuesto, opera de manera coordinada un conjunto de actores que brindan prestaciones a cambio de contribuciones que los sujetos objeto de atención están constreñidos a proporcionar. Estas donaciones, producto del temor a las consecuencias y a la coacción, pero fundamentalmente surgidas de las transformaciones efectuadas en el sistema de atención hospitalario, que afectaron en especial las prestaciones obstétricas, revelan un panorama muy alejado de los principios de eficiencia, equidad y justicia propiciados por el Plan Estratégico

<sup>10</sup> Hasta hace poco menos de diez años era común que las damas de la sociedad posadeña asistieran en forma permanente a los diferentes Hospitales y/o Asilos de Niños o Ancianos de Posadas, como un modo de emplear su tiempo libre. Aunque varias de estas asociaciones aún existen, están más apoyadas por subsidios del estado, que por los fondos recaudados mediante reuniones sociales de beneficencia



Global en Salud, y la estrategia de Atención Primaria. En todo caso, constituyen una demostración de los efectos derivados de los procesos de retracción del Estado en materia de asistencia sanitaria, que afectan principalmente a quienes no tienen más remedio que recurrir a los servicios provistos por el ministerio público.

En resumen, si bien las pacientes obstétricas asumen el papel de beneficiario en ambos tipos de donaciones, son las coercitivas las que más las afectan. Ello en razón de que están expuestas a un doble constreñimiento; por un lado padecen las presiones "tributarias" del sis-

tema, aunque se trate de contribuciones voluntarias siempre "algo" hay que aportar. Por el otro, están condicionadas por las limitaciones de su propia condición económica que les reserva el Hospital Público como única alternativa de asistencia médica. Estas limitaciones operan tanto en las posibilidades de dar cuenta del pago de las obligaciones, el cumplimiento de las peticiones de colaboración de insumos básicos y/o medicamentos, o en la franquicia para tramitación del documento de identidad de sus hijos recién nacidos. Pero lo que es más peligroso, influyen en la oportunidad, y, necesariamente, en la eficiencia de la prestación demandada.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

**BELMARTINO, S.; BLOCH, C; LUPPI, I. Y SCHAPIRA, M. S/f.:** "Mujeres y Servicios de Salud. Una perspectiva crítica". Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Edición especial de Cuadernos Médicos Sociales. Asociación Médica de Rosario. Rosario. Santa Fe. Argentina.

**BOULDING, Kenneth E.:** "La economía del amor y del temor. Una introducción a la economía de las donaciones". Alianza Editorial. Madrid. ESPAÑA. 1976.

**GREGORY, C.A. and ALTMAN, J.C.:** "Observing the Economy". Routledge London and New York. 1989.

**LAURELL, Asa C.:** "La Salud: de Derecho Social a Mercancía". UNAM/FUNDACION FRIEDRICH. México. 1994.

**MESA LAGO, Carmelo:** "Atención a la salud para los pobres en América Latina y el Caribe". Inter-American Foundation. OPS/OMS. Publicación Científica 539. 1992.

**OPS:** "Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología". Publicación Científica 534. USA. 1992.

"Análisis de las Organizaciones de Salud". Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud número 4. España. 1989.

**OPS/OMS:** "Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Hechos y Tendencias". Publicación Científica N° 461. México. 1984.

**REY THWAITES, Mabel:** "Estado y Sociedad. Ajuste estructural y reforma del estado en la Argentina en los '90". Revista de Economía editada por el Instituto Argentino para el Desarrollo Económico. IADE. N° 160/161. Nov/98-Feb/99.

**SINTES/BAEZ:** "Atención de la salud en un área de frontera: Posadas-Encarnación". Proyecto POBUR. UnaM-CONICET. Posadas, Misiones. 1999.