

LÓGICA DEL CAPITAL Y SALUD PÚBLICA

THE LOGICS OF CAPITAL AND PUBLIC HEALTH

A LÓGICA DO CAPITAL E A SAÚDE PÚBLICA

Resumen

Uno de los problemas del sector de la salud es su conceptualización. Se presenta al sector como fragmentado y falto de coordinación. El ciclo del dinero en la circulación del capital permite entender que existe integración de capitales operando bajo la ley de valorización. Las obras sociales aparecen como una forma de pago indirecta que realiza el valor agregado incorporado por los servicios de atención médica. Los hospitales públicos están integrados al capital privado en la fase de compra de los medios de producción, transfieren valor agregado como subsidios implícitos al dar atención a la población que tiene cobertura y configuran un ciclo trunco del dinero que impide su recuperación provocando deterioro y subutilización del capital público.

En el trabajo se buscan levantar dudas sobre la perspectiva de la fragmentación que es la que plantea falta de articulación entre sub-sectores. Los autores argumentan una integración entre salud pública y privada en condiciones de subordinación de lo público a la lógica de valoración del capital. No se plantea dicotomía, sino integración orientada a la realización del valor agregado de las empresas constructoras y fármaco-químicas, entre otros.

Palabras clave: capitalismo, salud pública, salud privada

Abstract

One of the problems of the health area is its conceptualization. The sector is presented as fragmented and lacking coordination. The money cycle in the circulation of capital lets us understand that there is integration of capitals taking place under the valorization law. Health care schemes appear as an indirect method of payment

Tafani R¹, Chiesa G²,
Caminati R³, Gaspio N⁴

¹Ph.D Social Sciences;
Profesor Titular del Dto. de
Economía. FCE.UNR

²Lic. En Ciencias Políticas.
Docente del Dto. de
Economía. FCE.UNRC.

³Lic en Administración de
Empresas. Docente del Dto.
de Administración. FCE.
UNRC.

⁴Doctora en Bioquímica

Trabajo recibido: 18 de
Septiembre 2015.
Aprobado: 24
Noviembre 2015.

making the added value incorporated by health care services. Public hospitals are integrated to private capital in the stage of buying production means, they transfer added value as implicit subsidies when seeing patients with medical insurance and form and incomplete cycle of money which hinders recovery causing deterioration and under-usage of public capital.

In this work we try to create doubts about the perspective of fragmentation which sets out the lack of articulation among the sub-sectors. The authors state there is integration between public and private health in conditions of subordination of the public to the logic of the valuation of capital. They do not set out a dichotomy, but integration oriented towards the achievement of added value of building, drug and chemical companies among others.

Key words: capitalism, public health, private health

Resumo

Um dos problemas do sector da saúde é a sua conceituação. Ele apresenta-se como fragmentado e descoordenado. O ciclo do dinheiro na circulação do capital permite-nos compreender que existe uma integração entre o capital operando sob a lei de valorização. Os Planos de Saúde aparecem como uma forma de pagamento indireto feito pelo valor acrescentado incorporado por serviços de saúde. Os hospitais públicos são integrados ao capital privado no processo de compra de meios de produção, transferem valor acrescentado como subsídios implícitos ao dar cuidados médicos à população que tem esta cobertura e definem um ciclo truncado de dinheiro que impede a sua recuperação causando deterioração e subutilização do capital público.

Neste trabalho procura-se gerar dúvidas sobre a perspectiva de fragmentação que é representada pela falta de coordenação entre os subsectores. Os autores argumentam uma integração entre a saúde pública e a privativa em condições de subordinação do público à lógica de valorização do capital. Dicotomias não são apresentadas mas uma integração visando a realização do valor acrescentado das empresas da construção e fármaco químicas entre outras.

Palavras-chave: capitalismo, saúde pública, saúde privada

La fragmentación como perspectiva

Las fuerzas productivas y las relaciones capitalistas de producción se han expandido a nivel mundial (1). Esto se manifiesta en la industrialización en Latinoamérica y Asia, y en el proceso de urbanización y expansión de la clase trabajadora. En Argentina, las organizaciones sindicales vertebraron la atención de la salud de sus afiliados mediante entidades estructuradas en la ocupación laboral (obras sociales). Esta forma de financiar la atención médica sobre la base de una solidaridad grupal cerrada en unas trescientas organizaciones ha favorecido la ampliación de las relaciones capitalistas de producción en el sector de la atención médica y la salud.

La instalación de la lógica mercantil en un contexto de enseñanza universitaria con ingreso irrestricto, la falta de gestión por procesos de la clínica médica, el progreso insuficiente de la clínica médica evaluativa en las instituciones y la vasta ausencia de protocolización, así como estructuras de incentivos inadecuadas basadas en el pago por procedimientos en un mercado con información asimétrica (2), parecen configurar una práctica de la medicina donde la preocupación por la seguridad y la calidad de la atención ha acompañado a las dificultades de acceso a los servicios de una parte importante de la población.

Un problema de la atención médica y la salud es su conceptualización. Durante décadas, hemos asistido en Argentina a una representación del sector salud como una articulación imperfecta de “subsectores” que impiden una utilización racional de los recursos. En

esos relatos, típicamente existen un subsector público, otro de obras sociales y un tercero privado. Luego, se procede a caracterizar al sistema como “fragmentado” y se culmina planteando una unidad estructural mediante la cooperación armoniosa de las distintas partes, lo que lo llevaría a un funcionamiento más efectivo y eficiente. Así, con el nivel dado de recursos que se movilizan, los indicadores podrían mejorar y la salud de las personas ganaría en la calidad de su atención.

Esos textos suelen definir a los sistemas de salud como entidades que contienen a la totalidad de los componentes participantes, los que integran un sistema abierto en continua interacción (3) y afirman que los mismos tienen por finalidad asegurar el mejoramiento de la salud individual y colectiva y, en definitiva, la satisfacción de las necesidades de la población. Desde esta perspectiva, pareciera que la lógica que mueve al sistema es ajena a la ley de hacer dinero a partir del dinero. Basándose en estas definiciones, se hace el planteo de que en Argentina no existe un auténtico sistema de salud por encontrarse altamente fragmentado con poca o nula articulación interna.

El prototipo de esta argumentación fue por años el relato que afirmaba que en Argentina se gastaba mucho y mal en salud. En los años 1980s era frecuente escuchar decir a los secretarios de Salud de la Nación que el gasto era del 8 % del producto bruto interno, similar al de otros países desarrollados, pero que nuestros indicadores eran peores que los de aquellos y que la mortalidad infantil en muchos lados era inferior a la de la República Argentina, aun en países donde se dedicaban menos recursos relativos que en nuestro país. Costa Rica, Chile y Cuba eran citadas como contraejemplos de la Argentina donde con menos se hacía más.

Esa perspectiva, no permite sin embargo, ver cómo son las contradicciones al interior del proceso de crecimiento de los servicios de atención médica ni tampoco especificar las fuertes conexiones que hay entre los diferentes capitales operando en la atención médica y la salud. No muestra, por ejemplo, cómo en realidad el hospital público se encuentra perfectamente articulado en el mercado de compra de bienes a capitales industriales y de la construcción ni cómo éstos son el vehículo de realización del valor agregado incrustado en la producción de los insumos y las instalaciones que utiliza.

En Argentina hay ejemplos de grandes construcciones hospitalarias de ciento veinte camas, donde la razón de camas por habitantes indicaría que no se deberían superar las veinte unidades de internación. En otros casos, hay establecimientos que requieren invertir en la instalación de protocolos y se hacen construcciones enormes de pabellones adicionales que no resultan prioritarios. Esos son ejemplos claros de realización desde la obra pública en salud, del valor agregado incorporado por las empresas capitalistas que operan en la construcción, posiblemente en algunos casos no desvinculados del propio poder político que las contrata.

La perspectiva de la fragmentación no permite visualizar que los hospitales no son entidades desarticuladas viviendo en aislamiento en un contexto estructural fragmentado sino que en realidad son entidades que tienen un ciclo trunco de valorización del trabajo que producen, lo que los vuelve funcionales a la valorización del dinero aplicado por parte de los capitales sanitarios en la atención médica. Es una visión que no desemboca en una ley de movimiento de los hechos, que explique por qué el sector público que a mediados del siglo XX tenía una gran fortaleza terminó a finales de esa centuria en decrepitud, desfinanciado y con desorganización en su interior. Tampoco explica por qué Argentina no logró consolidar un sistema nacional público integrado, con redes de referencia y contra-referencia atendiendo bajo protocolos las necesidades de todas las personas.

Desde la visión de la fragmentación tampoco se entiende por qué la atención médica pública quedó estructurada en pobres hospitales y centros de atención primaria para pobres ni por qué, cuando se lograba equipar con alta tecnología a los hospitales nacionales o provinciales, estos terminaban congestionados con cirugías no complejas, con su equi-

pamiento sin mantener o simplemente fuera de uso. No se explica, porque los establecimientos donde se ha invertido una gran cantidad de recursos terminan trabajando apenas unas horas a la mañana mientras las personas deben hacer cola para obtener turnos de una eventual atención. No alcanza con escuchar decir que la salud es una sola y que lo público y lo privado juntos, deben funcionar integradamente para tener mejores resultados sobre la salud de las personas.

A decir verdad, esa perspectiva no permite entender por qué la interacción entre hospitales públicos y clínicas privadas ha sido tan poco cooperativa a lo largo del tiempo. Por qué razón, no se ha logrado una división explícita del trabajo entre ellas. Peor aún, porque la distribución territorial de los establecimientos y en razón a los habitantes del país la lógica parece haber sido la ausencia de toda cooperación. A decir verdad no parece existir una correlación inversa en la distribución de los establecimientos públicos y privados lo que sugiere que no hay una división “sistémica” del trabajo y la planificación es apenas una pretensión teórica sin resultados efectivos.

Tampoco queda claro, porqué las obras sociales que son en definitiva fondos de enfermedad no comerciales, han cerrado abrumadoramente sus convenios con las distintas entidades privadas lucrativas y no con la oferta pública de servicios. Nunca se explicó, cual fue el papel de las obras sociales en el proceso de consolidación de la medicina comercial, ni tampoco hubo esfuerzos en tratar de entender como las lógicas diferentes de lo público y lo privado terminó en una subordinación de lo primero a lo segundo.

En este trabajo, argumentaremos que es preciso entender la lógica del capital sanitario, el movimiento de la acumulación capitalista en salud y la tensión entre la lógica de hacer dinero y la lógica de satisfacer necesidades que opone a clínicas y el sector privado por un lado y hospitales públicos y centros de atención primaria por el otro. Esta contradicción aparece resuelta (cuando se usa una teoría diferente a la de los sistemas fragmentados o imperfectos) mediante la subordinación del sector público, que se convierte en un transferente de valor agregado al capital privado mediante trabajo no arancelado en un ciclo trunco de valorización de los recursos invertidos en el hospital. Se trata, en definitiva, de mostrar que no se puede plantear que las obras sociales son un sector que opera con una lógica autónoma y propia sino que son una parte de la estructura donde las relaciones capitalistas de producción sanitaria se despliegan.

Las obras sociales participan en el ciclo de acumulación en el momento de realización del valor agregado que se incrusta en el servicio que se vende para transformarse en dinero. Argumentamos entonces, que una perspectiva desde la ley de valorización del capital permite entender por qué el sector público prestador no ha podido convertirse en un sistema nacional integrado de salud y que es la ley del movimiento del capital basada en la rentabilidad lo que permite entender mejor por qué ha habido tanta resistencia a que los hospitales y centros de salud funcionen como deben.

Es este marco teórico, el que señala que el problema para la medicina capitalista es que los servicios públicos funcionen bien, porque eso hace que la demanda caiga y que la acumulación sufra. Es aquello de que “hospital que funciona, sanatorio que cierra”. Como dijera un informante clave una vez *«Nosotros estamos en el hospital para que éste funcione pero no del todo bien. Somos -decía nuestro interlocutor- lo más selecto del cuerpo médico y si hacemos funcionar el hospital barremos la cirugía de la ciudad. Sin embargo, es en nuestras clínicas privadas donde hacemos plata nosotros operando. Por lo tanto, el hospital no debe funcionar sino a medias»*.

Esto es todo un ejemplo de cómo los funcionarios públicos sin bloqueo de título, que trabajan para hacer dinero del dinero en sus clínicas privadas, ejercen la captura regulatoria del mercado. Hay demasiados ejemplos de directores y accionistas de clínicas privadas que trabajan en los hospitales, que ejercen la dirección de sus servicios y hasta la propia conducción del hospital. En el nombre de que hay que “hacer eficiente al hospital” se otorga el acceso y el potencial de regular al mercado a los integrantes que usan

“dos sombreros”. También son demasiados los ejemplos de quienes, teniendo servicios de tomografía fuera del hospital, son los encargados de hacer funcionar el tomógrafo dentro del hospital, tomógrafo que por supuesto termina siempre con algún problema de funcionamiento y repuestos que no llegan, por no hablar de equipos que quedan embalsados por meses sin utilizar o que no se ponen adecuadamente en funcionamiento una vez que su compra ha cumplido la misión de realizar en dinero el plus valor incrustado en la producción de esos equipos.

De la misma forma, se entiende la amplitud de la mala medicina que no previene y actúa sobre las consecuencias de la enfermedad, ya que educar para estar sano no genera plata como si lo hace una cirugía. En otra ocasión, mientras se le preguntaba a un médico por qué el sistema no parecía prevenir ni las cegueras ni las amputaciones diabéticas, éste respondió: «lo que pasa es que a nosotros no nos pagan para prevenir sino para amputar; pero antes de eso, a veces hacemos un bypass que sabemos no resultará pero que sin embargo se factura».

Naturalmente las cosas no terminan ahí. Son mucho más graves. No hay en el sistema de salud suficiente clínica médica evaluativa. Los grandes clínicos de otrora han sido paulatinamente desplazados por una hiper-especialización basada en una gigantesca estructura de diagnósticos por imágenes. Es como si el sector de la salud se estuviera convirtiendo en una gran industria fotográfica que luego, a veces, no se sabe interpretar. En algunos afamados centros de atención monovalentes, inclusive la clínica médica evaluativa parece no aparecer sino después de haber pasado al paciente por cuanta prueba bioquímica, de imágenes o de exploración agresiva del organismo pueda haber. Lo importante parece ser vender procedimientos y no seguir protocolos. Es una filosofía de diagnóstico, basada en la acumulación de estudios cuyos resultados son “verdaderos negativos”. En realidad, mientras el pago sea por procedimientos, el protocolo se convierte en un obstáculo a la generación de ingresos de la medicina comercial.

La ciencia médica y la medicina capitalista parecen no ir de la mano, y es justamente ese el meollo de la cuestión. Es preciso encontrar formas donde la ciencia, los protocolos y la lógica de la rentabilidad no se enfrenten uno con el otro; hacer en definitiva, que la medicina capitalista haga bien lo que se espera que haga, sin vender procedimientos innecesarios y protegiendo la seguridad del paciente como valor de primer orden.

Es que en un mercado de información asimétrica, quien compra es en realidad quien vende, debido a la influencia que tiene el profesional médico sobre el paciente. Si encima, quien paga no es el que compra (pues está la obra social), entonces el objetivo se vuelve hacer dinero del dinero y no seguir protocolos que evitarían una cantidad de estudios, que no debieran ser hechos nunca en primer lugar. Desde la perspectiva de la valorización del valor, la clínica médica evaluativa se convierte —a través de los protocolos— en una barrera a la búsqueda implacable de la ganancia de la medicina comercial mientras lo que se pague sean los procedimientos. Por eso, junto a hospitales que no funcionan como debieran, el país tiene y sufre una mala medicina. Esto, pese a que en muchos lugares hay incansables esfuerzos aislados por hacer las cosas bien.

En ciertos casos, hay establecimientos privados de gran prestigio que han unido ciencia, protocolos y rentabilidad tratando de que la medicina capitalista provea efectivamente los servicios de calidad que mejoren la vida de las personas. Aquí, sin embargo, se busca potenciar la rentabilidad en ciertos segmentos de atención como, por ejemplo, cesáreas innecesarias, bajo el supuesto de que el consumidor elige y la clínica acompaña. De más está decir que en un mercado con información asimétrica, esa opción de elegir cirugías como otros compran camisetas de diferentes colores, no existe. Es simplemente la ley de valorización que entra por la ventana una vez que la puerta está cerrada por los protocolos. Por eso es preciso mirar más de cerca el ciclo del capital que vertebró nuestra perspectiva. Sen. A. y J. Dreze, 2014 (4), sostienen que una cosa es permitir que los servicios auxiliares de la atención médica privada enriquezcan un sistema público razonablemente funcional,

y otra muy distinta, tratar de apoyarse en la sanidad privada cuando el Estado ofrece muy poco en materia de asistencia médica. Lo que falta en la proposición de Amartya Senn, a nuestro criterio, es una tercera situación, donde la presencia de un sector público fuerte y con perspectiva favorable de evolución hacia un sistema nacional integrado de salud, no sólo es complementado por un sector privado, sino también dominado por él. Es solamente cuando se observa la interacción y la subordinación del sector público por el sector privado, que se pueden entender ciertas características del sector de la atención médica y la salud en Argentina. Desde ya, que interacción subordinada no implica fragmentación sino al contrario, una integración con fines determinados: que el hospital no funcione como debe. No alcanza con decir “todo suma” o “la salud es una sola”. Argentina, tuvo un sector público fuerte, la salud pública fue responsable de indicadores a la vanguardia de América Latina durante años en el siglo XX y terminó con un sector público desorganizado, pobre y con grandes problemas de funcionamiento mientras la medicina comercial se ha consolidado indeteniblemente durante décadas.

El objetivo del presente trabajo es sostener entonces, que una perspectiva desde la ley de valorización del capital, permite entender porqué el sector público prestador no ha podido convertirse en un sistema nacional integrado de salud. Que es la ley del movimiento del capital basada en la rentabilidad, lo que permite entender mejor porqué ha habido tanta resistencia a que los hospitales y centros de salud funcionen como deben. Es este marco teórico, el que señala, que el problema para la medicina capitalista es que los servicios públicos funcionen bien, porque eso hace que la demanda caiga y que la acumulación sufra. Es aquello de que “hospital que funciona, sanatorio que cierra” (Dal Bo, 2008) ⁽⁵⁾. En el trabajo se buscan levantar dudas sobre la perspectiva de la fragmentación que es la que plantea falta de articulación entre sub-sectores. Los autores argumentan una integración entre salud pública y privada en condiciones de subordinación de lo público a la lógica de valoración del capital. No se plantea dicotomía, sino integración orientada a la realización del valor agregado de las empresas constructoras y fármaco-químicas, entre otros.

Lógica y ciclo del capital

Marx K. (6), analiza en el libro uno de su obra, la producción del capital. Esto es, el proceso capitalista de producción en sí, como en cuanto proceso de reproducción. Lo importante a destacar, es que todos los cambios de forma que el capital enfrenta en la órbita de la circulación se dan allí por supuestos y no se detuvo a analizarlos. El único acto de la circulación que allí se enfoca, es la compra y venta de la fuerza de trabajo por ser una condición fundamental de la producción capitalista. Como es preciso analizar la articulación de los hospitales a las fases de circulación del capital privado, se vuelve imperioso describir los ciclos del capital desde la circulación. Eso lo hace Marx en el libro dos de la obra mencionada.

En esta parte, el autor analiza las diversas formas que adopta el capital en su ciclo y las distintas formas del ciclo mismo. El punto de partida es la metamorfosis del capital, es decir las distintas formas que el capital reviste en sus distintas fases. Aparece así el ciclo del capital dinero cuya fórmula general es:

D M... P... M' D'

Donde D es dinero, M mercaderías, P es producción, M' es la mercadería (servicio) in-

⁵Estudia la mercadería, la circulación, el dinero, la conversión del dinero en capital, el proceso de trabajo, el proceso de valorización, la plusvalía en sus formas absoluta y relativa y la aparición de fuerzas específicamente capitalistas adaptadas a la valorización (cooperación, división del trabajo, manufactura y gran industria) entre otros temas.

⁶Este libro ha sido motivo de una publicación anterior y no se tratará aquí. (Tafani R, 1986)(7).

crustada de valor adicional, y D' es el dinero acrecentado que se recupera para volver a iniciar el ciclo. Los puntos suspensivos implican tiempo intercalado.

En la primera fase (DM) el empresario capitalista sanitario aparece como un comprador de insumos y de mano de obra. Lanza dinero para comprar lo necesario para producir los servicios. Contrata médicos para hacerlos trabajar en un lugar provisto de los insumos que se necesitan. Es decir, se equipa el lugar para atender al paciente. En la segunda fase (P) se produce el consumo productivo, es decir, se da concretamente la atención médica. En la tercera fase ($M'D'$), el empresario aparece como vendedor. El servicio tiene incrustado el valor agregado (') producto del trabajo profesional que dio la atención.

Es en esta tercera fase, que aparecen las obras sociales que se enfrentan al empresario como compradoras de sus servicios. Como se ve, la clave es convertir la energía muscular y nerviosa del médico que agrega valor en dinero, y ese dinero, lo provee la obra social que lo ha concentrado de los aportes realizados por muchas personas. Desde esta perspectiva, la obra social representa apenas un pago indirecto del valor al productor de los servicios. Es la concentración de una reserva monetaria líquida, presta a convertirse en demanda solvente. No solo es "un subsector" sino un actor crucial al momento de la realización en dinero, del plus valor incrustado en los servicios producidos por la atención médica.

Lo que se destaca aquí es que en la primera fase (DM), las (M) que ocupan el lugar de (D) son medios de producción (mp) y fuerza de trabajo (t). En nuestro caso son, por ejemplo, la construcción de los consultorios, los medios de diagnóstico y la fuerza de trabajo médico, enfermero y de los demás integrantes del equipo de salud. De esta forma la parte inicial de la fórmula puede ser reproducida como DM (mp, t)

El significado de la primera fase (DM) sugiere que el valor desembolsado en dinero reviste ahora una forma diferente. Asume la forma de factores necesarios para producir artículos o servicios de un valor superior al de sus elementos de producción, o sea, una masa de (M) que contiene valor adicional (agregado). Para decirlo de otra forma, el valor lanzado en forma de dinero aparece bajo la forma de capital productivo o sea dotado de la propiedad de crear valor adicional. En todo caso, no se puede soslayar la importancia de la forma capital dinero, pues es ésta la que permite que el capital realice las funciones del dinero (medio de compra y pago) y así convertirse en capital productivo. El capital dinero, es la forma previa y lógica, para que el capital pueda asumir la forma adecuada a la producción de valor adicional agregado a través de su transfiguración en medios de producción y fuerza de trabajo.

Es preciso recordar que hay una parte del dinero que funciona inicialmente como capital dinero, que pasa a desempeñar con la circulación una función en la que su carácter de capital desaparece, quedando en pie su carácter de dinero solamente. Es la parte de la compra (Dt). ¿Cómo es que eso ocurre? El médico vende su fuerza de trabajo (t) y recibe dinero. Ese dinero lo gastará en (M) destinadas a su consumo (D-M). De esa forma, desde la perspectiva del asalariado el circuito es $M(t) - D - M$. Eso, es exactamente la fórmula general de la circulación simple de mercaderías, en la que el dinero figura como simple medio de circulación en el cambio de una mercadería por otra. Se ve así, que la función del dinero se transforma en la función del capital en determinadas fases del circuito, pero el dinero capital vuelve en otras fases a la función del dinero como simple medio de circulación. La apariencia es la de una sociedad de consumo (M-D-M), y es lo que da lugar a pregonar que la salud es una sola, que la finalidad del sistema es satisfacer necesidades de la gente y que hay que buscar la cooperación entre lo público y lo privado. El motor de la dinámica sin embargo, es la fórmula de la valorización $D-M-D'$.

La fase (Dt), (compra de trabajo) entonces, es la etapa característica de la conversión del capital dinero en capital productivo. Ahora bien, es sabido que el dinero funcionaba antes en la historia como comprador de servicios, sin que por ello el dinero se convirtiese en capital dinero y transformase el carácter general de la economía. ¿Por qué es que eso

ocurre ahora? La respuesta es la propia forma de la contratación, pues lo que interesa, no es la contratación en sí, sino que la misma se realiza con la fuerza de trabajo que aparece como una mercadería. Son los médicos los que venden por un precio su energía y trabajo por un salario.

¿Qué es lo que significa esto? Significa que al transformarse (D) en M (mp, t) y por lo tanto en (P), lo característico es que (t) se enfrenta a (mp) como una propiedad ajena. Dicho de otra forma si (Dt) presenta al (D) como capital es porque (t) está separado de (mp). Este divorcio, se remedia a través de la venta de la fuerza de trabajo al poseedor de (mp). Así el dinero funciona como capital no por la naturaleza del dinero sino por la existencia de condiciones sociales pre-existentes. Aquí entran a tallar ciertas condiciones referidas a la formación universitaria. Con ingreso irrestricto a la universidad y una tasa de graduación médica superior al crecimiento poblacional la congestión médica es inevitable. La sobre-oferta médica funciona a modo de un ejército de reserva que disciplina el nivel de reclamo salarial. Esa mano de obra, entrenada en un trabajo complejo, debe iniciar su experiencia como residente en algún lado y las clínicas comerciales prometen menos exámenes de acceso que los hospitales públicos, donde la competencia se vuelve intensa por cada vacante disponible. Luego, la contratación asalariada es una etapa lógica en la secuencia de las cosas.

En esas circunstancias sociales, los capitalistas de la medicina requieren dinero para pagar a sus médicos. Una forma de adquirirlo es armando dentro de la propia clínica un pre-pago institucional. Con períodos de carencia (hoy limitados por la ley de empresas de medicina pre-paga) este mecanismo se convierte en un proveedor del dinero inicial sin tener que pagar una tasa de interés después. La producción capitalista así se autofinancia, y el capitalista dispone del dinero necesario para iniciar el ciclo de su producción. Otra forma de obtener el dinero inicial, ha sido con la ayuda del propio Estado, que licita la atención en redes y entrega dinero correspondiente a una determinada cantidad de cápi-tas o sea dinero por persona para su futura atención. Aquí es necesario agregar, que aún disponiendo de dinero los empresarios se suelen quejar de que no es posible disponer en cantidad suficiente y en el momento oportuno la fuerza de trabajo necesaria, porque los médicos no quieren ir al interior y son consumidores de bienes culturales. Esa es, claramente la situación, con ciertas especialidades que van desde los anestesistas a cirujanos infantiles. Se da la paradoja así, que la sobreoferta y la congestión urbana, convive con la escasez y falta de cobertura de vacantes en el interior del país. La feminización de la matrícula, algunos piensan, agravará este problema por la dificultad de la mujer de mover a la familia a otros territorios regionales.

La segunda fase del ciclo del capital es la del capital productivo (P) y tiene como característica que interrumpe la circulación del capital en su forma dinero. El valor del capital no puede seguir circulando sino que tiene que dedicarse ahora al consumo productivo. Al capitalista lo único que le resta hacer es consumir productivamente la fuerza de trabajo del asalariado que acaba de contratar. Las guardias mal pagas son entonces interminables. La forma social de producción siempre tiene dos factores los (mp) y los trabajadores médicos (t). En la medida que esos factores se encuentren separados, ellos serán apenas factores potenciales de producción. Para poder producir (fase P) ellos tienen que combinarse. Sus distintas combinaciones distinguen las diversas épocas económicas de la estructura social.

Lo que distingue a la empresa capitalista es el poder de potenciar la creación de mercaderías. De vender procedimientos sean estos necesarios o no. Tengan efectividad probada o sean apenas experimentales. En el límite, y cuando el proceso de valorización se da en un vacío regulatorio, y los protocolos son vistos como innecesarios, se venden procedimientos excesivos y hasta no aptos para alcanzar el objetivo clínico que se busca.

Finalmente en la fase (P), al funcionar el capital productivo consume sus propios elementos para transformarlos en una masa de productos de valor superior. Por lo tanto, el

producto no es simplemente un servicio, sino un servicio que contiene su valor agregado. Su valor es $(P + Pv)$, igual al valor del capital productivo (P) invertido en su producción más el plusvalor (Pv) engendrado por él. Una vez que el valor del capital ha sido valorizado en la fase (P) , debe volver a convertirse en dinero para permitir la continuación del proceso circulatorio y por tanto de reproducción del propio capital. Lo que es específico, del servicio de atención médica, es que la producción y venta se dan simultáneamente. En muchos casos se paga antes de empezar el proceso interactivo que da lugar al servicio en el cual ocurre la producción y la valorización. En la fase $(M'D')$ el servicio es vendido en el mercado y transformado en dinero.

Lo que no ocurre con los servicios médicos, es que pueda existir capital ya valorizado permaneciendo en su forma de capital mercaderías sin vender. No se puede sencillamente mantener servicios en una estantería. Si hay inmovilidad, el proceso de producción estará paralizado. El capital no funciona ni como creador de servicios ni como creador de valor. En otras palabras, dependiendo de la velocidad de las ventas, el mismo capital actuará como creador de productos en forma desigual y de esa forma aumentará o disminuirá la escala de reproducción. Dicho de otra manera, el proceso de circulación tiene un impacto sobre la eficiencia del capital, actúa sobre la contracción o expansión del mismo en forma independiente de la magnitud que ese capital tenga. Como en los servicios médicos hay información asimétrica e inducción de la demanda desde la oferta, la demanda es creada desde los propios servicios para mantener el ciclo activo.

Surge entonces el siguiente interrogante. ¿Cuál es la diferencia que existe entre (M) de la primera fase y (M') de la segunda? Básicamente la diferencia es doble. Por un lado la mercadería inicial se ha transformado en cuanto a su valor (pues ahora tiene el valor agregado). Por el otro se ha transformado la mercadería inicial en cuanto a su materia pues ha cambiado su forma útil incorporando parte de los medios de producción y el trabajo humano que modela la materia. El líquido inyectable entra en el organismo gracias a la destreza de quien lo coloca. El servicio se completa y lo que hay es un cuerpo físicamente alterado por la intervención.

Lo expuesto significa dos cosas: por un lado, el dinero de la última fase del ciclo es la forma recobrada de un valor primitivamente desembolsado en dinero. Por el otro, ese dinero es también la primera forma transformada de un valor que empieza lanzándose a la circulación en forma de mercaderías y servicios. Así el valor capital y el valor agregado existen ahora como dinero y, por tanto, bajo la forma del equivalente general. Al final del proceso, el valor del capital reaparece bajo la misma forma que tenía al entrar en él. Precisamente por ser la forma inicial y la forma final del proceso la forma dinero del capital, es que este ciclo es llamado por Marx el ciclo del capital dinero.

Finalmente resta decir algo sobre el ciclo en su conjunto. En la fórmula general del ciclo del capital dinero $(D-M) \dots (P) \dots (M'D')$ se observa que dos de sus fases caen dentro de la órbita de circulación y una dentro de la órbita de la producción. En la atención médica la segunda fase de la órbita de circulación se da dentro de la fase de la producción. La valorización se da dentro de la producción y fuera de ella al mismo tiempo. Se produce al vender y se vende produciendo con lo cual no es cierto que las dos formas que revisita el capital dentro de sus fases de circulación son la del capital dinero y la del capital mercaderías y que la forma propia de la fase de producción es la del capital productivo. Aquí en la atención médica el ciclo aparece como $(D-M) \dots (PD')$ Es decir la notación elimina la (M') que no tiene circulación propia por haberse consumido durante la propia producción y no tiene los puntos suspensivos posteriores a la producción que implican tiempo intercalado.

¿Qué sucede si se interrumpe la circulación en la atención médica? En primer lugar si la inmovilización del capital se produce en la primera fase $(D-M)$, el capital en dinero queda paralizado como efectivo o insumos. Segundo, si la paralización se da en (P) quedarán inmovilizados medios de producción, mientras que de otro lado la fuerza de trabajo per-

manecerá ociosa. Lo que no ocurrirá es la paralización de la última fase (M' - D') puesto que como se dijo no hay almacenamiento de servicios. Simplemente habrá necesidades de atención sin cubrir y un potencial de producción de servicios que no se ejecutan por no haberse vendido. Lo que es específico de los servicios de atención médica, es que la producción y el consumo aparecen ya no como dos actos separados en el espacio y en el tiempo, sino que uno es lo mismo que el otro. El consumo de la cirugía se da al hacerse la misma intervención. Los dos actos se confunden, los servicios médicos tienen necesariamente que consumirse en el mismo momento en que se producen. En esta situación, el efecto útil sólo podría consumirse en el mismo proceso de producción.

En general, el ciclo del capital dinero expresa del modo más claro el motivo propulsor de la producción capitalista: el hacer dinero. Afirmar que el proceso de producción aparece como un simple medio para la valorización del capital desembolsado quiere decir que el fin último de la producción es el enriquecimiento como tal. En otras palabras, lo que caracteriza a la fórmula (D...D') es que el valor del capital constituye el punto de partida y el valor del capital valorizado el punto de retorno con lo que el desembolso del valor del capital aparece en este caso, como medio y el valor del capital valorizado como fin de toda la operación.

¿Qué significa todo lo expuesto? Primero quiere decir que el ciclo del capital dinero expresa el proceso de valorización y de acumulación. Aquí el consumo sólo se expresa como consumo productivo al provocar el empresario la interacción entre (mp) y (t). Para ser más precisos, la fase (M' - D') que es una venta, es observada desde la perspectiva contraria una compra. En segundo lugar, el hecho de que la primera fase sea (D-M) hace que se destaque también el mercado de mercaderías como origen de los elementos del capital productivo. Es aquí, donde entra el mercado de fármacos, de descartables, de equipamiento para diagnóstico por imágenes, todo lo cual va condicionando desde la circulación y el comercio, los factores que condicionan el proceso capitalista de producción. Esto explica, que grandes empresarios médicos comprenden con años de anticipación la nueva tecnología que se genera en países desarrollados para competir y desplazar a sus competidores. Luego, los viejos equipos son trasladados al interior del país y así se va corriendo la frontera tecnológica con una brecha permanente entre grandes centros urbanos y el interior del país. Para decirlo de otra forma la circulación es lógicamente previa y antecede a la reproducción del capital.

Resta ahora discutir la lógica y el ciclo del Hospital. Si en los servicios de atención médica el ciclo del capital toma la forma (DM)... (PD') porque el servicio se consume al ser producido y por lo tanto no hay una fase donde el servicio producido quede almacenado como (M'), el ciclo del hospital podría caracterizarse como (D-M (mp; t))... (PM') porque el lanzamiento del dinero inicial (D) lo hace el Estado a partir de los impuestos recolectados⁷. Con ese dinero compra los medios de producción (mp) (Construcción de hospitales, descartables, medicamentos etc) y la mano de obra (t) (salarios). Se produce y se consume el servicio representado ahora por (PM') donde no hay puntuación entre cada letra simbolizando la simultaneidad de la producción y el consumo. No aparece, como antes como (PD'), porque el paciente no paga. Queda así descartada la posibilidad de aumentar el valor del dinero lanzado porque el valor agregado en el servicio por el profesional que atiende al paciente no se realiza, no se vende. Se produce un valor de uso y no de cambio.

Esta premisa equivale al supuesto de la inexistencia de la producción capitalista, y por tanto, de la inexistencia del mismo capitalismo Estatal. Esto es así, pues el capitalismo

⁷Marx considera como capital social a la suma de los capitales individuales (incluyendo los capitales por acciones) más el capital del Estado, en la medida que los gobiernos emplean trabajo asalariado productivo en minas, ferrocarriles, etc., es decir en la medida en que actúan como capitalistas industriales. (pp.. 87).

queda destruido por su base al sentar la premisa de que el motivo propulsor del ciclo es el disfrute (mejorar la salud de la persona atendida) y no el enriquecimiento de quien lanza el dinero inicial. Es un ciclo truncado en la fase de realización del valor agregado e impide que la culminación del ciclo de lugar a un nuevo ciclo de mayor magnitud. No hay posibilidades de una reproducción ampliada del ciclo y el hospital quedará sujeto a la nueva asignación presupuestaria que lanzará el dinero inicial.

Surge aquí la duda sobre la existencia del trabajo asalariado. El capital es una relación social donde hay trabajadores que venden su energía laboral porque están separados de los medios de producción. Si esto es así, entonces la situación queda como un ciclo del dinero trunco. Si, por ejemplo, las obras sociales pagaran la realización del servicio y el precio cobrado por el hospital incorporara el valor agregado quedaría cumplido el ciclo de valorización y se comenzaría un nuevo proceso con una magnitud más grande de dinero, que el lanzado al inicio, por haberse recuperado no solo el dinero puesto para comenzar, sino también la realización en dinero del valor agregado.

Esto, es lo que explica, que cuando se han hecho tentativas de incorporar al hospital público como prestador de servicios a redes que operan como gerenciadoras de la producción de los servicios para ciertos seguros públicos (ej. Obras sociales provinciales mediatizadas por redes) se busque bajar el precio del servicio a los límites mínimos, para no convalidar la realización del valor agregado. Se busca evitar, que el hospital pueda completar el ciclo del capital dinero y acumular. No se permite el fortalecimiento del hospital, pues sería fomentar la propia competencia. Se compran servicios, pero se busca no pagar el valor incorporado. Se lo contrata como un servicio cuya lógica es servir personas y no acumular valor agregado. Es decir, desde la lógica de quien compra muy barato los servicios del hospital, lo que incorpora, son subsidios públicos en forma implícita, que apuntala su rentabilidad porque el valor agregado por el profesional y el equipo de salud asalariado del hospital es apropiado y realizado por la red que lo factura a su propio contratante.

Lo que se quiere decir, es que la producción capitalista es la producción de mercaderías como forma general de la producción y eso implica que la fuerza de trabajo aparece como mercadería y se vende por un salario que es su precio. Desde esa perspectiva el Estado se convierte entonces, a medida que el trabajo se convierte en trabajo asalariado, en productor capitalista. Sin embargo al impedirse la valorización del trabajo profesional incrustado en el servicio la producción deja de serlo. Esto implica, que todo proceso de conversión de la producción hacia el establecimiento de la producción capitalista es un proceso gradual. El productor se va transformando en capitalista a medida que el trabajo se convierte en trabajo asalariado y el empresario (Estado) está en comando del proceso. El hecho de que no se complete el ciclo implica sólo que su manifestación está todavía para ser perfeccionada. Dicho de otra forma, el hospital tiene en todo momento la posibilidad y potencial de completar el ciclo y acumular pero ello no ocurre por el deliberado truncamiento del proceso de realización y conversión en dinero del valor profesional agregado.

La idea de que cobrar implicaría exclusión de los pobres, no se sostiene, pues el Estado debe financiar la compra de un seguro de cobertura a todas las personas desde seis meses antes de su nacimiento. El seguro de salud debe acompañar al subsidio universal por hijo, y las formas técnicas de implementarlo, dada la existencia de este último no debe representar problema alguno.

La deducción de todo lo expuesto es que la idea de capital es ante todo un concepto dinámico. El capital como valor que se valoriza, no encierra solamente relaciones de clases, un determinado carácter social, basado en la existencia del trabajo como trabajo asalariado. Es un movimiento, un proceso cíclico a través de diferentes fases, que a su vez, se halla formado por las tres diferentes etapas que han sido extensamente discutidas en párrafos anteriores. Lo que es preciso destacar aquí, es que en la fase de circulación D -M (mp; t) o sea cuando se compran los insumos y la mano de obra en un mundo de producción capitalista y por tanto predominante, una gran parte de las mercaderías que

forman el elemento (mp), los medios de producción (aparatos de diagnóstico, medicamentos, reactivos, descartables etc) serán capital mercaderías ajeno, puesto en funciones. Por consiguiente desde el punto de vista del vendedor, (en muchos casos grandes laboratorios y capitales trans-nacionalizados) estaremos ante la forma ($M' - D'$), o sea ante la transformación del capital mercaderías en capital dinero. Es decir que la fase (D-M) del hospital implica en realidad el momento de realización del plus valor ($M' - D'$) del capital que provee los equipos e insumos. El Hospital se encuentra absolutamente integrado dentro del comercio capitalista. De la misma forma, dentro de su proceso de circulación otros capitales (redes gerenciadoras de la atención) que reciben por ejemplo financiamiento de los Estados (obras sociales que licitan por cápitas la atención de sus beneficiarios a dichas redes) se entrecruza con la circulación de mercaderías de los más diversos tipos sociales de producción por ejemplo el asalariado público. No importa, que el servicio sea producto de un tipo de producción basado en asalariados públicos que no pueden realizar su valor agregado. Lo que interesa es que su servicio se enfrenta como mercadería al dinero que representa al capital sanitario.

El carácter del proceso de producción del que proceden los servicios es indiferente. Funcionan como mercaderías. Se ve así, como el hospital compra y realiza el valor agregado incrustado en los bienes que compra a sus proveedores por un lado, y como entrega valor agregado a muy bajo precio o gratis (cuando no se consigue el reembolso de la prestación al hospital) a otra fracción del capital en salud. El Ciclo del capital dinero trunco es en realidad un proceso perfectamente integrado al movimiento del capital en su conjunto. Dicho de otra forma, esto implica que el capital sanitario está sentado sobre un esquema de reproducción que incorpora aquellas formas asalariadas públicas de producir servicios sin lógica de valorización. Así, el ciclo trunco del dinero es una parte constitutiva e integrada del funcionamiento del capital.

Conclusiones

El ciclo del capital permite entender que la perspectiva de la fragmentación, si bien es un esfuerzo descriptivo, no detecta ni explica los mecanismos de reproducción social del capital que valoriza en la atención médica y la salud. La insistencia en mostrar cuestiones concretas por vía de la inducción lleva a yuxtaponer elementos tomados sin método de lo empírico (11) y hacer afirmaciones de desconexión entre los componentes del “sistema de salud” cuando existe en realidad, una integración de los capitales operando bajo la ley de la valorización. Cuando se analiza la cuestión desde la circulación del capital y sus fases, las obras sociales aparecen como una forma de pago indirecta que realiza el plus valor incrustado en los servicios de atención médica producidos y no aparecen en oposición al ciclo del capital dinero sino como una parte integrante de él.

Los hospitales públicos por su parte, están integrados al capital privado en la fase de la compra de los medios de producción y luego configuran y expresan un ciclo trunco del dinero que impide, valga la redundancia, la recuperación del dinero lanzado al inicio por el Estado impidiendo la acumulación del valor agregado por los equipos de salud que en el trabajan.

Si el hospital pudiera facturar, lograría recuperar no solo el dinero lanzado originalmente sino también el equivalente al valor agregado incorporado. Esto no implica instalar la lógica de maximizar la ganancia sino que el hospital podrá operar reinvertiendo el plus valor generado, sea en medios de producción, o en mayores ingresos para quienes generan el valor agregado. Tal proceso, debería ir acompañado previamente por seguros de salud comprados por el Estado a quienes no tienen cobertura. De esa forma el ciclo del capital dinero podría no truncarse, el plus valor permanecería capitalizando al hospital, las personas podrían elegir donde atenderse y los prestadores lejos de obtener transferencias de valor agregado desde el hospital deberán competir con él, por los pagos que realizan los

pacientes o las obras sociales. La finalidad será ampliar cobertura, maximizar producción, pagar por el trabajo a los equipos de salud y utilizar la capacidad ampliada del capital público para resolver necesidades de la población y no enriquecer a unos pocos empresarios capitalistas cuya finalidad última es hacer del dinero más dinero. La opción es maximizar la producción de atención médica y cuidados de la salud, o generar ganancias en un contexto de sub-cobertura, cola de espera y desatención.

Bibliografía

1. Ferrer A. El Empresario Argentino. ISBN: 9789876144490. Capital Intelectual S.A: 2014. Buenos Aires, pags. 112.
2. Tafani R. Economía Sanitaria. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto: 2000.
3. Lembo N, Califano J. Economía y Salud. Investigación sobre el sistema de salud argentino. Editorial Dunken. Buenos Aires Argentina: 2003.pags 143
4. Dreze J. y Sen A. Una Gloria Incierta: India y sus contradicciones. Ed. Taurus, Pensamiento 2014. Buenos Aires, Argentina, pag 453.
5. Dal Bo A. Hospitales de Reforma. Crónicas para Evitar el Olvido. Ed. Biblos. Sociedad: 2008. Buenos Aires
6. Marx K. El Capital Crítica de la Economía Política. Traducción de Wenceslao Roces. México: Fondo de Cultura Económica: 1946
7. Tafani R. Un ensayo sobre el capital. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto: 1986.
8. Astarita R. Economía Política de la Dependencia y el Subdesarrollo: tipo de cambio y renta agraria en la Argentina. Bernal (Argentina): Universidad Nacional de Quilmes: 2013.