

Origen Global

Sociedad de Medicina Rural

PROVINCIA DE NEUQUEN

Marzo-abril '97



99

BOLETIN

INFORMATIVO

EDITORIAL

Convulsionados por el conflicto docente, que no es sectorial sino neuquino y argentino en tanto el proyecto neoliberal que impera lo hace sobre la sociedad toda y cada uno de los sectores, indignados por como nos siguen metiendo la mano (la misma con que firman decretos y piden represión) en los bolsillos, alarmados porque los aires fétidos de las privatizaciones pretenden seguir avanzando sobre los servicios que el estado (o sea todos nosotros) debe garantizar a su pueblo (ver caso Malbrán y caso botulismo) y alertas por los signos que nos recuerdan la tristemente célebre Triple A que inició el genocidio de los 70 (ver caso Cabezas), nos encontramos en lo "micro" próximos al "Reencuentro del equipo de salud" (al fin una buena noticia) -que deseamos tenga un efecto de "ave fenix"- y al cambio de Comisión Directiva de nuestra Sociedad, éste es un buen momento para rediscutir el perfil de la S.M.R. y proponer líneas de trabajo.

Porque el trabajo concreto es el que permite socializarse, llevar al plano concreto cotidiano las ideologías que se supone sustentan las prácticas, generar desde la práctica un nuevo saber y viceversa. Y porque -como decía Gregorio Quimo Costa- «la S.M.R. ¿qué ofrece a sus asociados? La posibilidad de trabajar». Trabajo solidario, comprometido, crítico, constructor de alternativas.

Cierto que estamos jodidos, como todos los argentinos, pero también es cierto que tenemos una responsabilidad como técnicos al servicio de la gente, como ciudadanos solidarios, como prójimos de los otros, capaces de indignarnos frente al saqueo impune y la entrega descarada, capaces de cambiar las cosas aunque sea un tantito así.

Pensemos si estamos dispuestos.

DEBATE SOBRE INGRESO A LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL

Al cierre de este boletín, el mismo día en que debía reunirse el Tribunal de Tachas, se realizó en la casa de SMR de Zapala una reunión de Comisión Directiva Ampliada de emergencia, para tratar el tema del llamado a concurso para el ingreso a la Residencia de Medicina General en este año, léase llamado desdoblado, específicamente para nacidos o residentes neuquinos EXCLUSIVAMENTE.

Dos días antes hemos recibido las notas que nos facilitó Marta Gonzalez, socia de SMR y coordinadora a cargo de la residencia del B. Roldán (a quien le agradecemos su aporte) y que publicamos, y en estas pocas horas hemos analizado el tema en espacios informales para ampliar el panorama y conocer distintas opiniones. A esta reunión del 7.4.97 (18 horas), convocada el sábado 5.4.97 durante la preparación del "Reencuentro", asistieron solamente Beto Gildengers (secretario a/c de presidencia), Walter Gonzalez y Daniel Entin (en calidad de socios) y Adriana Marcus (Dir. de Publicaciones), con conocimiento y aval ad referendum de Carlos Siri (tesorero) con quien nos comunicamos antes y después de dicha reunión.

La idea era reunirnos para definir una postura sobre este tema, dado que hemos designado veedores para este concurso (invitados por la Subsecretaría de Salud). El conflicto con este llamado es muy importante como para ignorarlo, y lamentablemente no hemos tenido los elementos necesarios a tiempo como para dar a conocer una postura suficientemente debatida antes.

Consideramos:

- 1.- Que este tipo de llamado es discriminatorio.
- 2.- Que si hay una decisión política se la debe asumir como tal, y no intentar darle visos de legalidad o amortiguar su efecto mediante un concurso formal, involucrando a toda la estructura docente
- 3.- Que es pertinente que la SMR envíe veedores, para controlar el cumplimiento de los requisitos, y poder informar a los socios con la mayor veracidad posible.
- 4.- Que este conflicto demuestra la ausencia explícita de una política de recursos humanos (ingreso, formación, capacitación, evaluación) y la necesaria continuidad para cumplirse (la discontinuidad ha afectado claramente a nuestro sistema de salud con la falta de ingreso en 1993 a las residencias; lo que obligó al ingreso de profesionales NO FORMADOS en 1996 para cubrir cargos en el interior).
- 5.- Que es preocupante la situación de las funciones docentes (instructorías, coordinaciones, etc), porque opinamos que todas las funciones docentes deben seguir un proceso de selección, evaluación y supervisión, dentro de la política de recursos humanos (ver punto 4) que reclamamos. En la actualidad este proceso no es claro y uniforme en toda la provincia. Así como los docentes deben responder a la política citada (criterio de coherencia), los niveles de conducción deben consultar con ellos las decisiones a tomar en su área (criterio de participación y respeto).

Esperamos opiniones. Entendemos que el tema es difícil, pero su tratamiento es imprescindible.

NEUQUEN, 07 de Marzo de 1997.-

AL SR.DIRECTOR
HOSPITAL BOUQUET ROLDAN
DR. RODOLFO ARIENTI
S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud., en referencia al próximo concurso de ingreso de residentes de Medicina General.

Ante la información verbal de que existe una compulsa interna entre los médicos del interior sin formación, para ocupar cargos en la residencia, y que además, el concurso tendría otros dos momentos: concursos para nacidos y/o criados en la provincia y concurso abierto, deseo hacer explícita mi opinión al respecto.

1) Me parece una falta de respeto que se halla llamado a una compulsa interna, no sólo sin previa consulta sino además, faltando solo 4 días para el cierre de la misma, ni la coordinación, ni la dirección del hospital hemos recibido la información por la vía correspondiente.

2) Dado la experiencia acumulada, el ingreso sin concurso ó sin ningún tipo de examen previo resulta muy contraproducente para el proceso de formación, pues nos arriesgamos a incorporar gente sin verdadero interés y/o sin un aceptable nivel de formación de pregrado, lo que hace sumamente difícil el logro de los objetivos propuestos.

3) Desdoblar los concursos como parece pretenderse implica un doble esfuerzo de organización, de preparación de exámenes, de tiempo y de recursos dedicados a ello, o sea un costo injustificable sobre todo si para el concurso abierto las vacantes son muy limitadas,

4) Para evitar todo lo anterior la coordinación de la Residencia hace la siguiente propuesta:

a) Organizar un concurso único, que incluya antecedentes, examen y entrevista para todos los postulantes. Aquellos que ya pertenecen al sistema de Salud se incorporarían directamente en el orden prioritario una vez superada la instancia del concurso (con el límite de no más de un tercio de las vacantes totales de cada residencia, esto es 2 de los 6 cargos de Zapala y 3 de los 9 cargos de Bouquet Roldán.)

b) El concurso abierto incluiría como en años anteriores un puntaje extra para los nacidos y/o criados en la provincia.

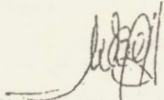
La experiencia demuestra que un 20% adicional sobre el puntaje máximo de la entrevista (4 puntos) es ventaja más que suficiente, dado que hay siempre una acumulación muy ajustada de puntajes en ese rango de valores.

Agredecería eleve la presente en forma urgente con su opinión a la Subsecretaría de Salud a efectos de ser tendido en cuenta en la toma de decisiones.

nota n° 4

muy atentamente.-

Sin otro particular salud a Ud.


MARTA GONZALEZ
A/C COORDINACION RESIDENCIA
MEDICINA GENERAL
HOSPITAL BOUQUET ROLDAN



NEUQUEN, 1 de abril de 1997

AL SR DIRECTOR DEL HOSPITAL B. ROLDAN
DR RODOLFO ARIENTI
S...../.....D

Nos dirigimos a Ud. a fin de poner en su conocimiento, ante el Decreto N° 0921/93, Disposición N° 160/97 sobre el llamado a selección de postulantes para el ingreso a la residencia de medicina general, que el cuerpo de instructores y esta coordinación, tal como se lo hiciéramos saber personalmente al Sr Subsecretario de salud en la entrevista del día 18/3, y a Ud. y a la Sra Jefa de Zona Metropolitana el día 19/3, hemos tomado la decisión de no participar en esta selección por considerar que la modalidad escogida no garantiza la selección del recurso humano más idóneo para ser capacitado como médico general para desempeñarse en un hospital de nivel III.

Habiendo aportado con anterioridad una propuesta alternativa consensuada con todo el cuerpo docente sobre el tema (adjunto copia de la nota enviada a los 7 días de asumir transitoriamente la coordinación), lamentamos no poder participar, como en años anteriores con la modalidad de concurso abierto a todo el país que ha caracterizado a nuestra residencia.

Asimismo, tanto el cuerpo de instructores como esta coordinación queremos manifestar nuestra disposición a continuar con el proceso de formación de los recursos humanos que resultaren seleccionados.

Sin otro particular lo saludan con atenta consideración



nota n° 2

RED ARGENTINA DE INFORMACION Y TRABAJO EN PLANTAS MEDICINALES

Durante el III Encuentro Nacional de Plantas Medicinales, al cual SMR fue invitada pero no pudo participar, (Rosario, 12 al 15 de septiembre '96), se tocaron los siguientes temas:

- se traspasó la coordinación de la Red a los grupos Taller Ecologista y Nacimiento de Rosario, que lo serán por dos años.
- financiamiento: cuotas, trueque, y otras alternativas a decidir
- se propuso regionalizar la red para mejorar la comunicación, mediante reuniones con representantes de cada región
- la revista Salud y Plantas Medicinales, del CETAAR, sigue ofreciendo espacio para la comunicación de la Red.

La nueva dirección de la Red quedará así:

Nacimiento

Griselda Franchini

C.C. 53

CP 2000 Rosario

Prov. Santa Fe

Telefax: 041-308141

e-mail: taecoro@tau.wamani.apc.org.

SMR - Neuquén: (099) 48-17-23

Los Claveles 295

SMR - Zapala: (0942) 21930 (Betty)

(0942) 30058 (Beto)

Mitre y Etcheluz

e-mail: smr@jefz2.sspn.sld.ar

TERROR BOTULINICO o "el desprecio por la vida"

¿A alguien le queda alguna duda de que los conceptos de "derecho humano", "ética", "cuidado de la salud" no figuran en el ideario de quienes desde el norte dirigen nuestros destinos? Esta nota hace juego con una nota aparecida en P12 hace un año titulada "el síndrome del Golfo" (sobre las consecuencias sobre la salud del uso de armas químicas en la guerra del Golfo por parte de los yanquis), y con la conferencia de Escudero (ver hojas centrales), y demuestra que cuando denunciarnos al capitalismo caníbal ("un monstruo grande que pisa fuerte"), a los siniestros cerebros de la política neoliberal implacable que los funcionarios locales agglomeran con el empeño cuidadoso de los peores chupamedias, no somos alarmistas ni agoreros ni nihilistas, sino observadores atentos de esta durísima realidad que nos toca vivir, y a la que no podemos dejar de denunciar y resistir, y si es posible, modificar.



El día 26 de febrero en la madrugada ingreso al Hospital Neuquen una familia con cuadro clínico de botulismo alimentario, con el antecedente de haber ingerido conservas caseras. Dos mujeres adultas ingresaron inmediatamente a ARM, mientras que una niña de 11 años y dos adultos más requirieron Arm dentro de las primeras 12 hs, cosa que podría haberse evitado de haber recibido la antitoxina en tiempo. Y este es el núcleo de la cuestión que nos preocupa: como con un diagnóstico y tratamiento tan claro no están instrumentados los mecanismos para disponer rápido de la antitoxina en condiciones óptimas.

Lo lógico sería obtenerla a través del Instituto Malbrán. El personal de dicha institución, a pesar de la situación en que se encuentra por las razones que todos conocemos, actuó con absoluta responsabilidad profesional y humana, manteniendo un contacto permanente con nosotros, pero:

- desde 1994 no producen antitoxina en el país. En 1996 realizaron el último testeo al último lote disponible del año 1994 en Mendoza, hecho desconocido por Nación.

- desde Nación se nos informó que la entrega de antitoxina depende del CDC de Atlanta USA, organismo que debe AUTORIZAR LA ENTREGA según HC individualizada de cada paciente., ya que la toxina botulínica es un ARMA DE GUERRA y la antitoxina un ARMA ESTRATÉGICA.

- Nación desconocía la existencia del lote de Mendoza, que fue obtenido por otros medios, aunque aun así no llegó a tiempo de evitar los ingresos a ARM.

- El envío del CDC llegó a EZEIZA 24 hs después de la admisión de los pacientes.

El asombro y terror ante las explicaciones que da Nación, admitiendo que la salud está por debajo de las estrategias y negociaciones políticas, con desconocimiento de los ministerios de salud provinciales de estos acuerdos, nos hace sentir absolutamente desprotegidos en nuestro accionar médico y como individuos. Con cuantos otros problemas de salud ocurrirá lo mismo?

Nuestra intención es dar a conocer un hecho tan grave que, desde nuestro punto de vista, es una actitud negligente, irresponsable y hasta criminal por parte de nuestras autoridades nacionales en salud, para que cada uno actúe en consecuencia.

Si han tenido que enfrentar hechos similares los invitamos a hacerlos conocer por este medio y elevar el informe correspondiente a Nación, cosa que también haremos, con los fundamentos científicos que corresponden contrapuestos a la explicación política que ellos nos dan.

Médicos de la terapia intensiva pediátrica del Hospital Neuquén, Neuquén.

A : salud@sospn.sid.ar
DE : utip@hpn.sspn.srl.ar
CC :
TEMA : TERROR BOTULINICO
FECHA: 26 Feb 97 23:21:26 ARG

VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL CONFERENCIA INAUGURAL "JUAN CESAR GARCIA"

"La salud que tenemos y la que podríamos tener"

por José Carlos Escudero

Autoridades, amigas, amigos:

El título de la conferencia es "La salud que tenemos y la que podríamos tener". Yo estoy aquí por razones coyunturales, y me doy cuenta de que me estoy beneficiando de una estructura que fue armada por quienes organizaron este Congreso, así que nosotros estamos ahora aprovechando lo que hicieron otros. Estos otros que hicieron esto, lo hicieron sin ninguna expectativa de beneficio económico, cosa que en este momento parece raro, porque en este mundo y en este momento parece que el acicate económico es el motor de las iniciativas individuales. Los compañeros que organizaron esto demuestran que esto es falso. Quiero mencionar sus nombres: Magdalena Garraza, Jorge Koheq, Enrique Kreplak, Susan López, Liliana Mayoral, Giglio Prado, Alicia Stolkiner, Debora Tajer, Enrique Visiltac. Hay muchos otros nombres que trabajaron en esto, y hay varios grupos en provincias argentinas que ayudaron a esta estructura, cuya coyuntura aprovechamos los que coyunturalmente estamos aquí hablando con ustedes. A todos los que organizaron esto, mi agradecimiento y mi admiración.

La conferencia ésta lleva el nombre de Juan Cesar García, que es un sanitarista argentino casi desconocido en nuestro país, y muerto tempranamente. Quizá el recuerdo de su trayectoria nos ayude hoy. Su primer ocupación profesional fue la de pediatra, especialidad donde confluyen médicos con sensibilidad social. Conciente de que los cuadros de enfermedad y de muerte que enfrentaba como pediatra tenían explicaciones que iban mucho más lejos que los microorganismos invasores o las equivocadas pautas culturales de los enfermos, es que estudió sociología, para encontrar un nivel explicativo mayor que esto evidenciable sencillamente. En algún momento Juan César García debe haber pasado por una experiencia que es muy común, aunque sean pocos los que terminan asumiéndola en su real magnitud. Como escribió un argentino-mejicano en el caso de un salvadoreño que pasó por esta experiencia, cito: "Esta visión de la desigualdad, dolorosa y culpable para aquellos que no tienen el alma eclesial, en nuestros países suele ser la simiente inicial del radicalismo revolucionario en aquellos que se empeñan en ajustar su vida a sus creencias". Juan César García asumió este desafío, y ajustó su vida a él. Terminó trabajando como funcionario internacional, en un momento en que ser funcionario internacional era más fácil que ahora. En su trabajo, y cuidando su situación laboral (porque no se trata de suicidarse), aplicó el instrumento que consideró más idóneo para describir la causación de las enfermedades y la asignación de recursos para combatirlas. En el caso de él, este instrumento fue el materialismo histórico. Lo tradujo en el cuerpo de publicaciones, en participación en reuniones de toda índole, y sobre todo utilizó su tiempo y sus esfuerzos en ayudar a infinidad de jóvenes latinoamericanos en el desarrollo de instrumentos críticos para interpretar la realidad médicosanitaria. Muchos de los que están aquí -no tanto los argentinos, porque (nuestra historia argentina es especialmente terrible: Argentina fue el país de los bastones largos que destruyeron la Universidad, que era posiblemente la más adelantada de América Latina; el país de la Triple A, que prefiguró el genocidio; el país del genocidio del '76; un país muy duro la Argentina), paradójicamente, Juan Cesar García, argentino, tiene muy pocos discípulos argentinos- pero en el resto de América Latina ha tenido muchos discípulos, algunos de los cuales están aquí, o están aquí los discípulos de sus discípulos.

La muerte de la mayoría de las personas son prematuras. En el caso de Juan César García, la prematurez de su muerte fue extrema, injustísima. Lo hubiéramos necesitado mucho en los sombríos tiempos que estamos viviendo ahora.

Hace 35 años que soy sanitarista. Cuando estudié sanitarismo, y cuando era un tecnócrata joven, se nos enseñaba que el "desarrollo" medido por economistas, y en general la expansión de los consumos, eran requisitos indispensables para contar con una buena salud colectiva. Esto ha sido cuestionado después, por lo menos de dos maneras.

En primer lugar, porque ciertas formas de desarrollo y el aumento de los consumos y el productivismo son ecológicamente inviables, y comprometen la biosfera. En segundo lugar por lo que pasó con la salud en Cuba: pese al colapso del sistema mundial en el que Cuba se apoyaba y al exacerbamiento del bloqueo norteamericano, Cuba -utilizando recursos del Tercer Mundo pobre- se da el lujo de tener un nivel de salud del Primer Mundo.

Hay cosas que criticar en Cuba: la intolerancia con la heterodoxia cultural o con elecciones sexuales heterodoxas o con las heterodoxias políticas, pero la salud cubana es irreprochable. Salud que por supuesto es muchísimo mejor que la salud de Argentina. Esto debería llenar de vergüenza a los responsables de nuestra salud nacional, si no fuera que pareciera que la vergüenza entre ellos es un recurso escaso. Lo último que está sucediendo en este sentido es el desarme del Instituto Malbrán. (Aplausos).

Si vemos a Cuba desde nuestra desmantelada perspectiva sanitaria argentina, nos aparecen inmediatamente las palabras que empiezan con "V". "Voluntad", primera palabra. La salud depende menos de lo que pensábamos de factores exógenos a ella, y depende mucho más de la voluntad política de buscarla. Y "vergüenza". Porque nuestro país, tan lleno de dinero y de recursos, tan lleno de asesores financiados por el Banco Mundial, tan lleno de discursos retóricos, tiene comparativamente con Cuba una salud tan mala. El caso cubano es una demostración extrema de lo que el Siglo XX ha evidenciado: la posibilidad por cuanto el homo sapiens de modificar para bien o para mal su entorno.

En este siglo, la mortalidad primero y la fecundidad más tardíamente han descendido a niveles tan bajos que hubieran sido inimaginables a principios de siglo. E inclusive hubieran sido inimaginables hace treinta o cuarenta años. Esperanzas de vida al nacer de 80 años, tasas de mortalidad infantil de 5%, tasas globales de fecundidad de 1,5 hace un siglo hubieran sido inconcebibles, hace cuarenta años hubieran sido sorprendentes. Están sucediendo ahora.

El aplauso sobre el descenso de la mortalidad ha sido unánime, sobre el descenso de la fecundidad dividido, pero ambos hechos demuestran el dominio que el homo sapiens ha llegado a tener sobre la naturaleza, la vida y la muerte. Hecho también demostrado por el agujero de ozono y el calentamiento planetario, (cambios climáticos que son el resultado de actividades humanas, por primera vez en la historia del planeta), por la disminución de la biodiversidad, y también por la posibilidad, improbable pero factible, de que el homo sapiens se elimine a sí mismo junto con todas las demás formas de vida, en ciertos escenarios que pueden ocurrir en circunstancias de una guerra nuclear.

Siglo contradictorio el nuestro. El Siglo XX ha sido el siglo en donde el asesinato se industrializó, comenzando con los millones de varones muertos en las fábricas de muerte que resultaron ser las trincheras de la Primera Guerra Mundial, siguiendo con las masacres de armenios y gulags del stalinismo, y terminando con el mayor ejemplo de homicidio colectivo de la historia: las cadenas de montaje establecidas por el nazismo para matar gente. Las cifras que surgen de esto son tan monstruosas que despiertan más extrañamiento que horror: seis millones

de judíos, y por lo menos un número similar de no judíos (homosexuales, comunistas, socialistas, gitanos, pacifistas, cristianos) asesinados en los campos de exterminio, tres millones y medio de prisioneros de guerra soviéticos muertos de hambre (esta última cifra se menciona poco, se debería mencionar más).

El Siglo XX homicida, que es otra consecuencia más del homo sapiens, que es a la vez Prometeo y Cain, es el que inventó el bombardeo aéreo de poblaciones civiles, el rosario de Shangai, Guernica, Varsovia, Rotterdam, Londres, Hamburgo, Dresden y Tokio, que culmina con la máxima mostuosidad de Hiroshima y Nagasaki. Debemos recordar también (la memoria no es solamente, como decía Rodolfo Walsh, el cementerio de nuestros desaparecidos sino también una guía para el futuro) debemos recordar que tan recientemente como los años 70, y aprovechando una coyuntura política que le era favorable, la aviación de los Estados Unidos arrojó sobre Vietnam -país que intentaba liberarse- más toneladas de bombas que las que arrojó en el total de la Segunda Guerra Mundial. Vietnam tuvo dos millones de muertos civiles.

El siglo cierra con un gran brote de narcisismo colectivo. Estimulado por industrias que lucran con esto, desde los medios a la moda, el homo sapiens de la postmodernidad del fin de siglo, que pareciera haber abandonado un sentido trascendente de la historia o de la vida, tiene pocos -o le desestimulan- impulsos solidarios, generosos o caritativos. Aparentemente convencido de que la vida no es otra cosa que una sucesión de instantes que deben "gozarse" cada uno por separado, impulsado por la postmodernidad a lo efímero y lo fragmentario, este individuo incrédulo, escéptico, que se siente impotente frente a las fuerzas que condicionan su vida, se ha lanzado a consumir drogas, como nunca en su historia. La más importante de estas drogas, la que enferma y mata muchísimo más que todas las demás juntas, es el tabaco. Droga legal, cuyo libre consumo está garantizado por la industria tabacalera y su poder. Es por eso que los funcionarios y muchos de los intelectuales que tratan el tema de la droga apenas se refieren al tabaco, que todos los años mata en el mundo a tres millones de personas. Creo que estos funcionarios e intelectuales se han convencido de que soslayar el tabaco como la droga más dañina les reporta un presente y un futuro prósperos.

Analicemos el panorama sanitario mundial y latinoamericano que desafía la sapiencia, la voluntad y la ética de los trabajadores de salud. Veamos qué se puede hacer para modificarlo favorablemente.

Las cifras anuales de este genocidio silencioso son tan enormes, que -al igual que las víctimas de Stalin y Hitler- generan extrañamiento de nuevo, no horror. Además se han vuelto familiares, y son a veces repetidas por quienes tienen alguna responsabilidad en su ocurrencia. Diez millones de personas en el mundo mueren todos los años de desnutrición combinada con infecciones y parasitosis. Tres millones mueren de tuberculosis, dos millones mueren de paludismo. La enorme mayoría de estas muertes son evitables con insumos de conocimientos, tecnología y capital mínimos. En nuestro propio país, Argentina, dos tercios de las muertes infantiles son evitables, porcentaje que no ha cambiado en los últimos catorce años.

Como digo, estas cifras son un lugar común. Las repite todo el mundo. Creo que lo que nos corresponde a nosotros es repetir estas cifras, pero además preguntar ¿porqué? Un clásico dijo: "Feliz es aquel que conoce la causa de las cosas". Conocer las causas no nos debe dar felicidad. Debe acicatearnos en nuestra lucha, y en algún momento nos dará además el pequeño placer (en la vida hay que darse pequeños placeres) de poner incómodo a algún tecnócrata del establishment

cuando le preguntemos: "¿por qué sucede esto si podría no suceder?"

Ciertas enfermedades están aumentando epidémicamente en el mundo. No solamente aquellas debidas al empobrecimiento de los pobres y al calentamiento planetario, sino enfermedades aparentemente tan insólitas para un epidemiólogo tradicional como el aumento de la violencia a la que suelen empujarlos los marginales y los desesperados; el aumento de los accidentes de trabajo, porque un capitalismo cada vez más salvaje avanza sobre los derechos de trabajadores cada vez más sometidos; los accidentes de tránsito, porque se privilegia el automóvil particular, objeto supremo de acumulación capitalista, por sobre sistemas colectivos de transporte que son menos peligrosos, menos contaminantes y consumen menos recursos no renovables.

Lo social condiciona a la salud, por supuesto. Y el voluntarismo que podemos experimentar al observar ejemplos como el de Cuba no nos debe hacer olvidar que fue en todas las áreas de la política social (empleo, seguridad social, vivienda, educación, desmercantilización de necesidades, sistema impositivo) y no solamente en acciones de salud que se puede explicar este éxito de la salud cubana.

A nivel mundial, la tendencia que están llevando las políticas sociales en todo el mundo capitalista es desalentadora. La crisis mundial, que comenzó a fines de los años 60, puso fin a los 25 años de mejora constante en los niveles de bienestar. El auge de un mercado especulativo de capitales a partir de los años 50 (primero eurodólares, luego petrodólares, ahora también narcodólares) obligó a quienes dictan las políticas financieras del mundo a ciclar estos capitales. Países democráticos que no se estaban endeudando con suficiente rapidez, como Chile, Argentina y Uruguay, sufrieron golpes de estado que fueron vistos con beneplácito por la comunidad financiera internacional y que comenzaron para ellos (además de los correspondientes genocidios) un proceso de rápido endeudamiento internacional. De esta forma, la deuda externa no es la causa sino la consecuencia de la crisis, y su pago a través del ajuste se convierte en un disciplinador social en el cual los pobres, que no contrajeron la deuda, ven su nivel de vida deteriorado por el ajuste, mientras que las oligarquías, que sí contrajeron la deuda, están cada vez más separadas de estos pobres, económicamente, culturalmente y hasta territorialmente. Además la pobreza de los pobres aumenta porque las oligarquías siguen generando esa pobreza, siguiendo los consejos del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial.

Las políticas sociales que estos organismos promueven, mercantilizadoras, descentralizadoras, procíclicas, reductoras del gasto social pero no del pago de la deuda externa, causan más enfermedades y muerte que cien mil brotes de hantavirus. La Argentina ha sido especialmente golpeada por estas políticas antisociales. En apenas veinte años (del año '76 al '96: veinte años históricamente es un lapso insignificante) la pobreza argentina se triplicó, el desempleo se casi cuadruplicó, la deuda externa se multiplicó por doce, después de vender activos del Estado por valor de 25.000 millones de dólares. El 40% más pobre de la población, que en el año '71 controlaba el 20% del ingreso, pasó a controlar el 11% del ingreso. El poder adquisitivo de los salarios de los trabajadores bajó un 30% y el poder adquisitivo de los jubilados bajó un 50%. Hoy 17 países de América tienen una mortalidad escolar menor que la Argentina, estamos en el lugar 44 mundial en provisión de agua potable, en el lugar 52 mundial de mortalidad infantil, irónicamente tenemos el más alto gasto en salud por habitante de América Latina y el tercer más alto gasto en salud del continente americano detrás de Estados Unidos y Canadá.

¿Qué hacer? En el fondo, todos los que hacemos política somos voluntaristas. Y no seamos

inocentes: todos los que hacemos salud pública hacemos política. Aunque a veces descreamos del voluntarismo como motor de la historia. En el fondo siempre actuamos como si pensáramos que de los individuos depende el devenir futuro de la historia.

Pasemos a preguntarnos ¿qué podemos hacer para revertir una situación sanitaria tan vergonzosa? Aunque la fría razón nos indique otra cosa a veces, nos resistimos a pensar que la historia ha terminado, que las fuerzas anónimas que nos gobiernan son todopoderosas, que la tasa de interés de la Reserva Federal de los Estados Unidos pesa más que los diezmil argentinos que se mueren de hambre todos los años. Tenemos una ventaja técnica sobre lo que se sabía acerca de la salud hace 30 o 40 años. Las medidas que pueden rápida y económicamente mejorar la salud colectiva son hoy archisabidas. Y están agrupadas en lo que se entiende hoy como Atención Primaria de la Salud. Si se aplicara esto, el grueso del sufrimiento sanitario desaparecería rápidamente. Aquel componente evitable que es la mayor parte del sufrimiento, lejos.

Sin embargo no va a ser fácil que esto suceda. No nos engañemos. Estas medidas, que aparentemente son asépticamente tecnocráticas, afectan el núcleo central de la acumulación capitalista de hoy. Cuando a fines de los 70 Juan César García escribía que "el capitalismo, a través de sus actividades de salud, genera disciplina, facilita el comercio, mantiene sanos a los obreros que explota y gana dinero" no tuvo en cuenta, ni pudo tenerlo por su muerte, la situación que pasa ahora. Ya no es necesario tener sanos a los obreros. En un escenario de altísimo desempleo y rotación de trabajos, al enfermo se lo expulsa, y su lugar es ocupado por un desempleado que está desesperado por trabajar como sea. De la disciplina se ocupa la tecnología, los cuerpos militares de elite, los deportes-espectáculo como el fútbol y los medios de comunicación de masas. El comercio viaja en containers. Lo que le queda al capitalismo, con mucho más énfasis que nunca, es que la salud sirve para ganar dinero, masas enormes de dinero. Quien ofrece salud está siempre cerca de ofrecer bienestar, belleza, inmortalidad. Esto, impulsado mediáticamente, puede llegar a convertirse en el consumo supremo. El gasto mundial anual en salud es un billón latino seiscientosmil millones de dólares. Para decirlo de otra forma: es un uno, un seis y once ceros de dólares por año (\$1.600.000.000.000). El 60% de este gasto lo hacen los gobiernos del mundo, y es tarea del Banco Mundial conseguir que la mayor proporción posible de esto se canalice a manos privadas, para poder obtener beneficios sobre las inmensas sumas de capital que se han acumulado, que tanto preocupan a los banqueros, y que tan bien pueden aplicarse a diagnósticos y tratamientos nuevos en salud, aunque los costos de estos tratamientos sean enormes, aunque su cobertura sea limitada, aunque su eficacia sea cuestionable, y aunque -por supuesto- su igualitarismo sea negativo.

Esta es la jugada estratégica, y esta estrategia, pensada centralizadamente por gente muy inteligente, es aplicada entre nosotros por emisarios intermedios que no precisan ser muy inteligentes, porque reciben de la casa matriz un libreto muy detallado. (Aplausos)

Ante los planteos que hace el Banco Mundial, intentando -en nombre del ajuste- normatizar la salud de los países, nos llenamos de preguntas.

¿Por qué, si el gasto mundial en medicamentos es por lo menos de 250.000 millones de dólares anuales, se hacen recomendaciones tan débiles y generales para reducirlo, en contraste con las recomendaciones tan estrictas, vinculantes y presionantes, que hace el Banco Mundial para imponer la autogestión hospitalaria? Este gasto enorme en medicamentos no tiene justificaciones farmacológicas ni económicas, y sería lo primero que habría que reducir. No los sueldos, ni los puestos de trabajo de los trabajadores de la salud, ni la cobertura de los programas sanitarios ni la gratuidad de los servicios.

¿Porqué, si gran parte de la patología fácilmente evitable del planeta corresponde a la combinación desnutrición-infección-parasitosis, no se plantea la distribución masiva de alimentos de forma desmercantilizada en función del imperativo ético: "es un crimen monstruoso que muera gente de hambre en un planeta donde el alimento sobra"?

¿Porqué, si el sistema de salud de los Estados Unidos es un ejemplo para no seguir, porque es caro y malo, se nos insta a adoptar en América Latina recetas que en Estados Unidos fracasaron? Si el Banco Mundial quiere que tengamos una buena salud, le sugiero que utilice ejemplos cubanos, y que sus cuadros de funcionarios, técnicos y asesores sean llenados a la brevedad por técnicos que actualmente trabajan en el Ministerio de Salud en Cuba, o que por lo menos tome ejemplos de países donde al capitalismo le ponen límites estados y sociedades civiles fuertes, como Suecia, Canadá, Gran Bretaña, Japón.

¿Porqué, si los préstamos del Banco Mundial -además de endeudar a los que los reciben- tienen como resultado consecuencias ecológicamente dañinas (construcción de grandes represas, estímulo a agriculturas que utilizan excesivas cantidades de energía, fertilizantes y plaguicidas químicos, pérdida de biodiversidad), porqué se persiste en esto, que daña quizá irreversiblemente a la biosfera? ¿Será que para el Banco Mundial el ciclado de capitales tiene prioridad sobre el futuro del planeta?

Una pequeña anécdota personal: Yo soy representante de la Universidad de Luján en un convenio con el Banco Mundial. Viendo esto de cerca uno se da cuenta de cómo funciona la máquina. Los convenios están llenos de asesores, consultores, expertos, consultorías, que se comen gran parte del préstamo. Mi universidad tiene que pagar como fondo de contrapartida del préstamo un monto de dinero que, por supuesto, le impide gastar dinero en otra cosa, y todo (fondo de contrapartida, expertos y préstamos) aumenta la deuda externa argentina. Yo tengo la sospecha de que un objetivo importante de estos préstamos es aumentar el endeudamiento externo de la Argentina y de países que andan en el mismo juego.

¿Porqué, si se ha demostrado hasta el hartazgo que los programas de ajuste empobrecen a los pobres y enriquecen a los ricos, no se intenta paliar este daño, poniendo en práctica programas de salud masivos, para satisfacer de una forma no mercantil las necesidades sanitarias de la gente, mucha de la cual está orillando el límite de la supervivencia?

¿Porqué, por último, si el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial jugaron un papel tan importante en el endeudamiento de América Latina y en el apoyo a los gobiernos nacionales que contrajeron la deuda (muchos de los cuales eran dictaduras militares genocidas) no se nombra una comisión internacional para que investigue este momento oscuro de la historia?

Hablemos un poco del gran insumo que nos falta para tener una buena salud, que es el poder político. La salud que se nos impone hoy está en el centro mismo de la acumulación capitalista como nunca en la historia. El capitalismo, al cual el Estado y la sociedad civil no le ponen límites, se ocupa exclusivamente de ganar dinero y de su propia perduración. El gobierno de cualquier país que tome medidas que el capitalismo vea como perjudiciales va a ser hostigado. Y si la correlación de fuerzas lo permite, va a ser derrocado.

Como latinoamericanos recordemos cuál fue el destino de los irreprochablemente democráticos gobiernos de Guatemala en los años 50, de Brasil en los años 60, de Chile en los años 70, y de

Nicaragua en los años 80. En una lucha política que no tiene pausa ni final, tenemos que tener el máximo de inteligencia, cabeza fría, flexibilidad e imaginación para confrontar con un adversario que hoy es tan poderoso. El poder político, cuya búsqueda y construcción no se enseñan en ningún libro de textos standard sobre Salud Pública, es el insumo mágico que -a través de su aplicación- puede ofrecer una buena salud a la población.

¿Cómo se construye el poder? No hay recetas. Puede guiarnos lo que ha sucedido en varios países de América Latina. En Brasil, en Venezuela, en Uruguay. ¿Qué pasó en estos países? ¿Qué está pasando? La gestión municipal y local de una buena salud sirve para mejorarla, pero, por añadidura, sirve de base para la construcción de un poder político que pueda proyectarse a todo un país.

No sé si conocen una cosa que se está diciendo de este Congreso. Se dice: "éste es un Congreso de zurdos". Para los que no son argentinos, "zurdo" es decir izquierdista. "Congreso de zurdos" es decir "congreso de izquierdistas". Yo, cuando escuché esto, reflexioné que el senador Mc Carthy de Estados Unidos llevaba muchos años de muerto, pero su espíritu campea por la Argentina de 1997. ¿Se dan cuenta? El maccartismo como situación permanente.

Bueno, yo soy de izquierda. Yo creo que algunos de los que están aquí también se autodefinirían como de izquierda, alinéandose en uno de los términos de la dicotomía que se difundió a partir de la Revolución Francesa.

Casi por definición la izquierda prioriza la salud. Cuando se habla de causación de enfermedades, la izquierda prioriza las explicaciones sociales, aquellas que pueden modificar el perfil de morbimortalidad si la sociedad cambia. Tengo la impresión de que la derecha tiende a privilegiar la administración y la gestión de ciertos recursos de salud, ciertos recursos que yo colocaría en una especie de nivel intermedio. Cuando se trata de analizar las causas de las enfermedades, tengo la impresión (esto lo vamos a discutir en los próximos días) de que la derecha privilegia las causas difíciles o imposibles de modificar, como el clima, causas reduccionistas como los gérmenes, o causas que culpabilizan a las víctimas, como su limitada educación sanitaria o lo destructivo de sus pulsiones.

Sin embargo, independientemente de la dicotomía derecha/izquierda y en qué lugar nos colocamos en ella, pienso que los que estamos en ámbitos como este Congreso que se inaugura hoy, es que hemos elegido trabajar en el área salud. Hemos decidido trabajar en ella y pensar en ella en vez de hacer alguna otra cosa en algún otro área. Es algo serio, la salud. La mercancía que se vende para dar salud debe estar sujeta a un control técnico y ético mucho mayor que cualquier otra mercancía. El funcionario, técnócrata o trabajador de la salud debe estar dispuesto a un escrutinio ético mucho más estricto que si trabajara en algún otro lugar.

Decir "gente de izquierda" es empezar a usar la palabra "socialista", que tiene acepciones múltiples y contradictorias. Yo creo que el socialismo en salud, que yo comparto, está en gran parte por construirse todavía. Los socialismos reales que existieron hasta hace poco tuvieron un comportamiento muy contradictorio, un gran desprecio por el cuidado del ambiente, y un deterioro sanitario en los últimos años de su gestión que contribuyó a su caída, y que fue reemplazado después por un deterioro todavía mayor, éste último de la mano del capitalismo salvaje. En términos de derechos humanos debemos recordar los genocidios, las represiones y las limitaciones a las libertades públicas de estos socialismos, con su daño a la salud física y mental de sus ciudadanos. Debemos recordar que las dos hambrunas que mataron a más gente en el siglo

XX sucedieron en los países del socialismo real. En Rusia y Ucrania, entonces soviéticas en los 30, y en China en los años 60.

¿Qué podemos postular para la salud, para esta construcción que tenemos que hacer? Déjenme hacer una serie de propuestas que hoy son absolutamente utópicas en función de la correlación de fuerzas vigente hoy.

- Primero, satisfacer de forma no mercantil necesidades humanas en salud y nutrición. Muchas de estas necesidades pueden ser definidas sin siquiera salir de la biología.
- Segundo, la planificación de la salud desde la oferta, satisfaciendo estas necesidades, y no satisfaciendo una demanda mercantil donde pesan los ricos y donde pesan los proveedores de la industria de la salud.
- Tercero, la regulación de esta oferta, administrando recursos que siempre van a ser escasos, en función de que las necesidades en salud son ilimitadas, pero cuya asignación debe partir de un debate democrático en la sociedad.
- Cuarto, que en esta oferta de servicios intervenga el criterio de verificación científica de su utilidad.
- Quinto, la oferta de soluciones mano-de-obra-intensivas y no capital-intensivas para los problemas de salud. Esto disminuye el desempleo, mejora la situación psicológica y no digamos económica de los trabajadores de salud y por supuesto mejora la salud de la gente, y además suele ser la solución más eficaz. Las soluciones capital-intensivas que propone el capitalismo tiene que ver con su búsqueda de beneficio más que con la lógica científica.
- Sexto, el estímulo a formas de autocuidado, de gestión local de recursos de salud, aunque recordando que los recursos deben ir de la riqueza a la pobreza, haciendo acción positiva e instando a la participación popular en todas las formas organizativas. Debemos postular siempre que uno de los objetivos máximos de la organización social debe ser maximizar la vida, la salud y el bienestar del homo sapiens. ¿Cuál objetivo social puede ser superior a esto? Debemos procurar la maximización del potencial genético de crecimiento y desarrollo, la minimización de la morbimortalidad, y la posibilidad de que los homo sapiens elijan lo más libremente posible sus destinos individuales. Comparado con esto, empalidecen todas las propuestas de la sociedad de consumo. Yo diría desaparecen, o deberían desaparecer.

Creo que nos hemos juntado en el Congreso que se inicia hoy porque casi todos nosotros luchamos todos los días para conseguir una mejor salud colectiva, o para comprender cuáles son los obstáculos que impiden que la logremos. Tener una buena salud no es difícil. Lo demuestra Cuba, lo demuestran nuestros países vecinos y hermanos que tienen una buena medicina preventiva, (tan buena que nos avergüenza como argentinos) gastando no más de quince dólares por habitante/año. Me permito recordar que con el monto de solamente una de las muchas coimas que hoy está siendo investigada por la justicia argentina se podría dar una buena medicina preventiva a dos millones de ciudadanos argentinos por año, muchos de los cuales se están muriendo de enfermedades evitables, cuyas cifras de morbimortalidad nos avergüenzan si las comparamos con lo que gastamos en salud, un gasto desnaturalizado por la corrupción, la ineficiencia y el seguidismo a lo que nos dicta el Banco Mundial. Como dice Alfater: "el capitalismo ha logrado hacer desaparecer el tiempo y el espacio para un capital que, convertido en un impulso electrónico, atraviesa todas las fronteras buscando beneficio a la velocidad de la luz", y -agreguemos nosotros- dañando la salud, la nutrición y la ecología mientras hace esto.

Debemos luchar contra este panorama con que nos enfrenta el fin de siglo. Nuestra visión de la salud como un bien no mercantil que se distribuye de acuerdo con las necesidades humanas puede parecer utópica, pero -como dice Galeano- la utopía es lo que nos hace marchar. Nada más. (Aplausos)

VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL

Informe elaborado por Adriana Marcus (Zapala)

Este Congreso se realizó en Buenos Aires entre los días 17 y 21 de marzo, bajo el título "Economía, Ciudadanía y Derecho a la Salud. Problemas y Desafíos de la Salud Colectiva", organizada por la ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social).

Hubo alrededor de 850 participantes de casi todos los países de Latinoamérica y de Alemania, Canadá, Italia y España. De Neuquén fuimos 8 personas, dos de ellas socios de S.M.R.

Los primeros dos días hubo "actividades precongreso", que fueron cursos de 14 horas cuyos títulos y docentes transcribo, porque tal vez le interese a alguien adquirir las grabaciones en audio que se pueden solicitar dentro del período de un año a partir del evento, y que son bastante onerosas (comunicarse conmigo):

- 1.- Seguridad Social Médica en Argentina (Susana Belmartino, de CEES, Rosario)
- 2.- Elementos para un Enfoque Metodológico Interdisciplinario de Ciencia de la Salud (Juan Samaja y Débora Yanco, de UNBA)
- 3.- Metodología Cualitativa en Investigación en Salud Colectiva (Cecilia Minayo, de Abrasco/Fiocruz, Brasil)
- 4.- Nuevos Conceptos, Técnicas y Proyecciones de la Epidemiología (Jaime Breilh, de CEAS, Ecuador)
- 5.- Aportes del Pensamiento Estratégico para una Salud Pública en Transición (Edmundo Grandá, OPS, Ecuador, y Mario Róvere, UNBA)
- 6.- Políticas Sociales (Asa Laurell y Carolina Tetelboin de UAM- Xochimilco, México)
- 7.- Antropología de los Procesos Salud-Enfermedad-Atención (Mabel Grinberg, Santiago Wallace, Susana Margulies y Blanca Carozzi, de UBA)
- 8.- Violencia y Salud (Saúl Franco, de Colombia)
- 9.- Ciencias Sociales en Salud (Hugo Mercer, UBA)
- 10.- Ética en Salud (Giovanni Berlinguer de Univ. De Sapiencia, Italia, Volnei Garrafa de Brasil y Victor Penchaszadeh de EEUU)
11. Participación Popular en Salud. La Crisis del Estado Proveedor y Nuevos Papeles de la Sociedad Civil (Victor Valla y Eduardo Navarro, de Fiocruz, Brasil)
- 12.- Violencia Política, Violencia Estructural (Matilde Ruderman de UBA, Elizabeth Lira de Chile, María Ángela Canepa de Perú, Elza Lobo y Vilma Gewsyzewski de Brasil, Mario Borini, Cristina Solano, Mario Madrid, Luis Ibañez y Cesar Trejo de Argentina)
- 13.- Salud Mental y Reforma Psiquiátrica en América Latina (Paulo Duarte Amarante de Fiocruz, Mario Testa, Miguel Materazzi, Dulce Suaya y Graciela Zaldúa, Hugo Cohen, Sylvia Bermann y Ricardo Malfe de Argentina).

14.- Racionalidad Médica, Formas Alternativas de Atención de la Salud. Terapéuticas Alternativas: de los Años 90 al Comienzo del Nuevo Siglo (Madel T. Luz, de Brasil)

15.- Medicina de la Persona, Nuevo Modelo Antropológico (Marcos Meeroff, Angel Tullio, Eduardo del Caño, Agustín Candiotti y Gregorio Ganopol, de Argentina).

16.- Lógica de la Solidaridad: Lógica del Sacrificio. (Hector Seia, del MOSIS, Córdoba, Arg.)

Hubo un taller precongreso que trabajó sobre el tema "Medicina General y/o Medicina Familiar: discusión del rol del médico general ante los cambios en los sistemas de salud (plan Médico Obligatorio)", y sobre "Actividades de capacitación y salida laboral de los integrantes del equipo de salud en el Primer Nivel de Atención", coordinado por la AAMG; y hubo "Oficinas de Trabajo" en las que se trabajó sobre la reforma del sector salud, las gestiones municipales en salud, la labor parlamentaria en salud, la integración regional (red de salud y trabajo), sobre condiciones de vida, sobre género y salud colectiva y sobre enseñanza de grado y postgrado en salud colectiva. O sea un programa tupido, donde uno no sabía qué elegir, por no querer perderse nada.

Hubo una "Radio Abierta" (que es Radio Municipal, que emite desde el Teatro General San Martín, en cuyo Centro Cultural se llevó a cabo el Congreso, y que emitió en el patio del Centro, permitiendo que los que se acercaban hicieran preguntas al panel, entre ellos Giovanni Berlinguer y otros invitados), y se presentaron 721 trabajos, registrados en un libro de resúmenes, organizados en 53 mesas, cada cual con sus coordinadores. Hubo además presentación de paneles (82 en total) ubicados en un lugar poco feliz, y que no visité, porque cuando terminaba una actividad ya comenzaba otra y casi no había tiempo para comer y etc.

De las mesas redondas hay videos que la S.M.R. compró para que los socios interesados puedan ver; cuyos títulos son los siguientes:

1.- Dos décadas de hegemonía neoliberal: evaluación de las transformaciones a partir de los efectos en salud. Panelistas: Alicia Domínguez (Brasil), Asa Laurell (México), Camilo Gonzalez (Colombia), Mariano Requena (Chile) y José Portillo (Uruguay). Coordinador: Mario Borini (Argentina) En esta primera mesa redonda se redundó bastante en el análisis de la situación actual en salud, en esta etapa neoliberal en que el Banco Mundial es quien señala las políticas generales y sectoriales de nuestros países, con las particularidades de cada región.

2.- Gestiones Municipales y los Procesos de Cambio en América Latina. Panelistas: María Urbaneja (Venezuela), Gilson Cantarino (Brasil), Tabaré Gonzalez (Uruguay), Hermes Binner (Argentina), David Capistrano (Brasil). Coordinador: Gastón Wagner da Souza (Brasil). Aquí hubo ciertas dificultades

debidas al idioma y la traducción simultánea; la presentación del modelo uruguayo fue muy concreta y cercana a nosotros y mostró una alternativa posible de democratización de las decisiones municipales cuando la intendencia baja a los barrios a dialogar y debatir con los vecinos de modo programado y participativo.

3.- ¿Cuáles son las posibilidades de construcción de ciudadanía y qué transformaciones se producen en la vida ciudadana? Panelistas: Giovanni Berlinguer (Italia), Sarah Escorel (Brasil), Magally Huggins (Venezuela), Elizabeth Lira (Chile), Alicia Stolkiner (Argentina). Coordinadora: María Cecilia de Souza Minayo (Brasil): En esta mesa se analizó históricamente el protagonismo ciudadano en nuestros países, el impacto de las dictaduras desaparecedoras y la actual crisis en la concepción de "ciudadano" como sujeto social que no solo tiene deberes (a los que conoce muy bien) sino derechos (a los que ignora con demasiada frecuencia, y no por casualidad)

4.- Estado y políticas sociales: la salud en la construcción de ciudadanía. Panelistas: Sonia Fleury (Brasil), Carolina Tetelboin (México), Juan Arroyo Laguna (Perú), Sebastiao Loureiro (Brasil), Atilio Borón (Argentina), Catalina Eibenschutz (México), coordinados por Carlos Bloch (Argentina). Se abordaron las políticas sociales en su condición de paliativos caritativos y demagógicos con fines clientelistas de partidos neoliberales para el control social, pero también como modalidad de redistribución de aquellos recursos a los cuales un creciente sector de la población no tiene acceso (es decir está marginado del "mercado"). Catalina Eibenschutz no estuvo presente pero su discurso fue leído por Enrique Kreplak, y se centró en las luchas de la Selva Lacandona.

5.- El Derecho a la Salud. Estrategias y acciones. Los actores sociales ante los nuevos escenarios. Panelistas: Enrique Visillac (Argentina), Julio Suárez (Cuba), Elsa Lobos (Brasil), Edmundo Granda (Ecuador) Coordinador: Saul Franco (Colombia). Se trató el derecho a la salud desde la particularidad de las distintas experiencias y excelentemente coordinado.

También hay un video del panel "Recorrido de la Medicina Social en América Latina o ¿qué es eso de la Medicina Social?", coordinado por María Urbaneja (Venezuela), y cuyos panelistas fueron Sylvia Bermann (Argentina), Saul Franco (Colombia), Sergio Arouca (Brasil), Asa Laurell (México), Francisco Rojas (Cuba), Jaime Sepúlveda (Chile) y Mario Testa (Argentina). Acá se hizo un relato personal de algunos panelistas como modo de relatar la historia de la ALAMES, así como plantear su proyección futura. Este panel ya no fue tan tibio y académico como los anteriores, sino más bien por momentos pasional. Se defendió el espacio de la Medicina Social no sólo como el lugar de intelectuales comprometidos con el campo popular que generan interpretaciones alternativas de la realidad y trabajos

de denuncia, sino como un lugar desde donde articular la práctica concreta con la teoría social en Salud, y que se juegue a favor de los procesos sociales que reivindican los derechos de las grandes mayorías.

Hubo además una serie de reuniones de encargados de revistas, con la presencia de gente de Nivel I (AAMG), Salud y Sociedad (MOSIS de Córdoba), Salud, Problema y Debate (Ateneo de Estudios Sanitarios y Sociales), Topía (Psicoanálisis, Sociedad y Cultura), Cuadernos Medicosociales (Rosario), Investigación y Educación en Enfermería (Colombia), Saude e Sociedade y Revista Brasileira de Epidemiología (Brasil), Saude em debate (Brasil), Cuadernos de Saude Publica (Brasil), El diario del Mundo Hospitalario (Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires), Salud, Problema (México), El Medico del Conurbano y MR (SMR Neuquen). Luego de exponer brevemente dificultades, logros y realidades actuales (difíciles), se decidió en conjunto:

- intercambiar revistas para vender las de los demás grupos al precio indicado por ellos, difundiéndolas
- publicar en cada revista los títulos de las demás publicaciones
- buscar una forma organizativa de distribución conjunta y centralizada, en primer lugar nacional. A propósito: la nuestra está en el horno. Ya sale.

La reflexión final al cierre del Congreso es que tenemos recursos intelectuales valiosos por un lado y gente que trabaja en las comunidades y barrios con mucho compromiso por otro, pero que estas instancias no están articuladas entre sí, o lo están pobremente, sobre todo producto de la desmovilización reinante, de que "lo urgente supera lo importante", de que el vértigo de lo "micro" nos impide ver lo "macro" que otros ven, pero a cuya palabra no accedemos (muestra de ellos es que a este encuentro asistieron 850 personas de Latinoamérica, lo que no es mucho, y de la provincia fuimos 8). También puede ocurrir que la visión "macro" paralice al que está en el frente de batalla.

Al lamento por la situación que vivimos se agregó la denuncia en tono moderado, y solo en dos oportunidades hubo pedidos concretos a ALAMES de fuerte compromiso político. En esta etapa parece que se requiere más empuje que el visible para oponerse (y no solamente resistir, lo cual tampoco es poco) a lo que se viene...

Finalmente agradezco a SMR, a las autoridades del Hospital y a mis compañeros (además de la familia) haberme bancado para poder asistir a este Congreso. Los videos están a disposición de los socios, porque son de la SMR, y por razones operativas por ahora los tengo yo. Los telefonos están en todos los boletines.

CARTA DE UN SOCIO

SUBJECT: Aguante M.R.

Piedra del Aguila, 21 de marzo de 1997

Estimado Presidente y
demás miembros de la C.D.

Queridos M.R. todos:

No quería dejar pasar otro boletín sin hacerles llegar mi sincera felicitación a los que ~~continúan~~ trabajando por la M.R. ¡No se desanimen! Creo que no somos pocos los que valoramos de veras su trabajo, y los que -aunque por distintos motivos nos mantengamos algo al margen- esperamos que este espacio -la Sociedad de Medicina Rural- no se pierda y pueda ser un lugar de construcción como lo fue en un tiempo no tan lejano.

Seguramente que, como bien dice el último editorial, nos toca a sus integrantes analizar y redefinir el perfil de nuestra organización. Pero en los tiempos que corren y frente a los violentos cambios de paradigmas en la concepción de la salud entre propios y extraños, sin duda que necesitamos como nunca de este espacio de debate, reflexión y aporte.

Espero yo también que el Reencuentro de Abril sea exitoso y la S.M.R. renazca. Ojalá pueda concurrir.

Un fuerte abrazo para todos
Desde Piedra del Águila, Facundo Cornejo

P.D.: Muy buenas las dos notas transcriptas en el último boletín. Pero ¿se olvidaron? De recordar que el Sr. Víctor Alderete fue hasta hace pocos días el interventor- "normalizador" de la obra social de los abuelos. Parece increíble, ¿no?. Ahora yo digo: ¿puede el dirigente que preside la entidad que nuclea a las prepagas decir sin que se le mueva un pelo que "no cubrimos enfermedades preexistentes de la misma manera que el seguro no cubre autos chocados"? ¿Tan anestesiados estamos y tan resignados a que la salud sea un bien de mercado que ya no reaccionamos?

Hasta la próxima.

N. De R.: Muchas gracias a Facundo por su aliento, a veces hace falta este tipo de "devolución", porque uno no sabe bien a donde van a parar los boletines, si a un cajón, o al rollo del baño, o a un lugar más digno. Respecto a la descarada falta de ética de personajes como Alderete (diría Escudero: este es un perejil, los cerebros están en el B.M. y el F.M.I.) vale la pena leer la conferencia de las páginas centrales que desgrabé del vídeo. A ver si nos despertamos del sopor para volver al ring, a ver si podemos construir una buena capacidad de respuesta, con reflejos más rápidos y eficaces. Tal vez el "Reencuentro" ayude...



CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA
IIº SIMPOSIO
"LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS"
TUCUMÁN - 4 AL 6 DE SEPTIEMBRE DE 1997

San Miguel de Tucumán, Noviembre de 1996

SEGUNDA COMUNICACION

MESAS DE TRABAJO:

- I.-HISTORIA DE LA MEDICINA ABORIGEN ARGENTINA Y SUDAMERICANA.
- II.-ETNOMEDICINA Y DIALOGO INTERCULTURAL.
- III.-CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LA MEDICINA DE LAS COMUNIDADES ABORIGENES Y EN MEDICINA TRADICIONAL.
- IV.-ATENCIÓN DE LA SALUD.

SUBTEMAS:

Relación ética entre medicina tradicional y científica. Bioética y Medio Ambiente. Planificación de la salud en zonas aborígenes. Epistemología de la medicina aborigen. Mecánica de atención de la salud en comunidades aborígenes. Herboristería y mineraloterapia en medicina aborigen y tradicional. Alimentación y hábitos. Atención primaria de la salud. Cosmovisiones de salud, enfermedad y muerte. Legislación. Promoción de la salud y patologías prevalentes en comunidades indígenas. Experiencias rurales. Identidad cultural. Políticas de salud. Participación social.

CONFERENCIAS MAGISTRALES-PANELES:

- I.-RELACION ETICA ENTRE MEDICINA CIENTIFICA Y MEDICINAS ABORIGEN Y TRADICIONAL.
- II.-SITUACION ACTUAL DE LAS COMUNIDADES ABORIGENES EN AMERICA DEL SUD Y EN ARGENTINA.
- III.-COMPLEMENTACION CULTURAL Y SANITARIA ENTRE MEDICINAS TRADICIONALES Y CIENTIFICAS EN LA ACTUALIDAD. PLANIFICACION DE LA SALUD.
- IV.-HISTORIA Y REALIDAD DE LA MEDICINA ABORIGEN Y TRADICIONAL EN ARGENTINA.

Informes: Balcarce 680-P.B.-Tucumán(4000)Telefax 54-81-211360

Presidente de la Comisión Organizadora: Dr. Armando Pérez De Nucci